

RAPPORT

DU CONSEIL D'ÉTAT

CONCERNANT

LA PLANIFICATION HOSPITALIÈRE
NEUCHÂTELOISE 2016 - 2022

3^{ÈME} PARTIE: LISTE HOSPITALIERE CANTONALE

DU 28 SEPTEMBRE 2015

TABLE DES MATIÈRES

1	Résumé.....	5
2	Introduction	7
3	Contexte.....	8
3.1	Définition	8
3.2	Règles fédérales de planification hospitalière.....	8
3.3	Cadre de travail.....	9
3.4	Processus de planification hospitalière.....	9
3.5	Evaluation des besoins en soins hospitaliers.....	10
3.6	Conditions-cadres pour accéder sur la liste hospitalière	11
4	Méthodologie.....	12
4.1	Appel d'offres public	12
4.2	Détermination des besoins à couvrir par la liste hospitalière	12
4.2.1	Principes	12
4.2.2	Besoins non couverts	13
4.2.3	Besoins évalués à zéro	14
4.2.4	Besoins non évalués	14
4.2.5	Reclassification de groupes de prestations	15
4.3	Analyse des candidatures	15
4.3.1	Procédure	15
4.3.2	Exceptions	16
4.3.3	Principes d'adjudication.....	17
4.4	Octroi des mandats de prestations	18
4.4.1	Principes généraux	18
4.4.2	Elaboration de la liste hospitalière	19
4.4.3	Gestion des quantités.....	19
4.4.4	Mandats sous conditions.....	20
4.4.5	Soins palliatifs	21
5	Soins aigus somatiques.....	22
5.1	Détermination des besoins à couvrir par la liste hospitalière	22
5.2	Evaluation des offres reçues	22
5.2.1	Réponses à l'appel d'offres et mandats de prestations demandés	22
5.2.2	Analyse du respect des exigences relatives à l'établissement	22
5.2.3	Analyse du respect des exigences relatives aux domaines et aux groupes de prestations.....	23
5.2.4	Analyse des critères d'adjudication.....	24

5.2.5	Analyse de la couverture des besoins identifiés	24
5.3	Attribution des mandats de prestations et liste hospitalière	28
5.3.1	Mandats limités	29
5.3.2	Mandats sous conditions.....	29
6	Réadaptation.....	31
6.1	Détermination des besoins à couvrir par la liste hospitalière	31
6.2	Evaluation des offres reçues	31
6.2.1	Réponses à l'appel d'offres et mandats de prestations demandés	31
6.2.2	Analyse du respect des conditions-cadres	31
6.2.3	Analyse du respect des exigences relatives aux domaines de prestations	33
6.2.4	Analyse des critères d'adjudication.....	33
6.2.5	Analyse de la couverture des besoins identifiés	33
6.3	Attribution des mandats de prestations et projet de liste hospitalière.....	34
6.3.1	Mandats sous conditions.....	34
7	Psychiatrie.....	36
7.1	Détermination des besoins à couvrir par la liste hospitalière	36
7.2	Evaluation des offres reçues	36
7.2.1	Réponses à l'appel d'offres et mandats de prestations demandés	36
7.2.2	Analyse du respect des conditions-cadres	36
7.2.3	Analyse du respect des exigences relatives aux domaines de prestations	37
7.2.4	Analyse de la couverture des besoins identifiés	37
7.2.5	Analyse des critères d'adjudication.....	38
7.3	Attribution des mandats de prestations et projet de liste hospitalière.....	38
7.3.1	Mandats sous conditions.....	38
8	Suite des travaux.....	39
8.1	Contrats de prestations	39
8.2	Suivi et contrôle de la planification hospitalière	39
8.2.1	Réévaluation des mandats de prestations accordés sous conditions	39
8.2.2	Modification des mandats de prestations.....	39
8.2.3	Suivi de la gestion des quantités	40
8.2.4	Suivi du respect des conditions-cadres	41
9	incidences financières	42
10	Levée de l'effet suspensif	43
11	Consultations	44
11.1	Consultation des partenaires.....	44
11.2	Consultation du Conseil de santé.....	46

12 Conclusions.....47

13 Annexes.....48

1 RÉSUMÉ

Initié au printemps 2014, le processus de planification hospitalière 2016 – 2022 touche aujourd'hui à sa fin. La première étape, la définition des besoins en soins hospitaliers de la population, a abouti en octobre 2014 et la deuxième, la fixation de conditions-cadres pour pouvoir figurer sur la liste hospitalière cantonale, a été bouclée en fin d'exercice 2014. La troisième et dernière étape, qui consiste en l'élaboration de la liste hospitalière, est décrite dans le présent rapport.

Par un appel d'offres public, l'Etat de Neuchâtel a mis au concours des mandats de prestations, présentés par domaines et groupes de prestations, devant lui permettre d'assurer la couverture des besoins identifiés de sa population. Au total, 7 établissements ont déposé leur candidature dans le domaine des soins aigus somatiques, 11 dans le domaine de la réadaptation et 2 dans le domaine de la psychiatrie. Les dossiers ont été évalués à l'aune des conditions-cadres fixées préalablement dans un souci de transparence et d'équité de traitement entre concurrents directs, certaines concernant l'entier de l'institution et d'autres se limitant aux domaines ou aux groupes de prestations.

En soins aigus, la majorité des mandats de prestations est confiée à l'Hôpital neuchâtelois (HNE). GSMN Neuchâtel SA (GSMN-NE) se voit également confier des mandats, comme aujourd'hui, en néphrologie, en orthopédie et en ophtalmologie. Ces mandats à GSMN-NE ainsi que certains attribués à l'HNE sont assortis d'exigences qui devront être satisfaites dans des délais de 1 à 2 ans. L'Hôpital du Jura (HJU) reçoit également quelques mandats, de même que les hôpitaux universitaires des cantons de Vaud, de Genève et de Berne. Enfin, la Maison de naissance Tilia se voit confier un mandat sous conditions.

En réadaptation, l'HNE conserve ses mandats de réadaptation générale et polyvalente gériatrique, musculo-squelettique et neurologique. Des mandats complémentaires sont attribués à l'HJU en réadaptation musculo-squelettique et à la Clinique Bethesda (Tschugg, BE) en réadaptation neurologique. La réadaptation cardio-vasculaire est confiée à la Clinique du Noirmont (JU), la réadaptation pulmonaire à l'Hôpital du Valais, dans un mandat sous condition, et la réadaptation para- et tétraplégique au Centre suisse pour paraplégique (Nottwill, LU), à la Clinique Romande de réadaptation (Sion, VS) ainsi qu'au REHAB Basel AG (Bâle, BS).

En psychiatrie, des mandats sont attribués à l'HNE, pour la pédopsychiatrie, et au Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP) pour la psychiatrie de l'adolescent, de l'adulte et de l'âge avancé, selon des mandats sous conditions.

L'attribution de tous ces mandats permet de couvrir tous les besoins en soins hospitaliers identifiés de la population neuchâteloise. Dans le domaine de la réadaptation pulmonaire, le Conseil d'Etat juge acceptable le risque identifié d'absence de couverture des besoins, estimant pouvoir le pallier par l'octroi de garanties de paiement hors canton.

Les mandats accordés sous conditions seront réévalués dans les termes prévus. Si l'établissement ne satisfait pas aux exigences posées dans le délai imparti, le mandat en question pourra lui être retiré et un nouvel appel d'offres lancé sur la base des besoins identifiés dans le présent rapport et des conditions-cadres déjà fixées par le Conseil d'Etat. Encourageant les partenaires au dialogue, le Conseil d'Etat est disposé à autoriser, à certaines conditions, des délégations de prestations entre partenaires, voire au besoin, de

revoir certains éléments de la liste pour entériner un accord entre partenaires, comme il l'a déjà fait dans certains cas.

Les mandats sont formalisés dans un arrêté du Conseil d'Etat fixant la liste des hôpitaux admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins entrant en vigueur au 1^{er} janvier 2016. Ils seront encore précisés dans le cadre des contrats de prestations qui lieront ces institutions à l'Etat dès cette même date.

2 INTRODUCTION

La planification hospitalière actuellement en vigueur dans le canton de Neuchâtel a été élaborée en 2011 et se voulait transitoire dans l'attente de connaître un peu mieux les effets de la réforme du financement hospitalier entrée en force au 1^{er} janvier 2012. Elle se limitait au domaine des soins aigus somatiques. Elle s'est concrétisée par une liste hospitalière valable pour les années 2012 à 2014 et prorogée pour l'année 2015. Les décisions relatives aux domaines de la réadaptation et de la psychiatrie s'appuyaient, elles, sur la planification hospitalière réalisée en 1999 (!) ainsi que sur d'autres décisions en lien avec les options stratégiques de l'Hôpital neuchâtelois (HNE, pour la réadaptation), respectivement du Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP, pour la psychiatrie).

Afin d'assurer la continuité du droit, une nouvelle liste hospitalière doit être arrêtée pour le 1^{er} janvier 2016. Pour ce faire, le Conseil d'Etat s'est attelé à l'élaboration d'une nouvelle planification hospitalière pour les années 2016 à 2022. Après la réalisation des deux premières étapes de ce processus qui ont consisté à évaluer les besoins hospitaliers de la population et à fixer les conditions-cadres de sa collaboration avec les hôpitaux partenaires, le Conseil d'Etat, qui est compétent en la matière^{1,2}, met aujourd'hui une touche finale à cette planification hospitalière en arrêtant une nouvelle liste hospitalière et en attribuant les mandats qu'il estime nécessaires à la couverture des besoins de la population neuchâteloise.

Le présent rapport rappelle brièvement la démarche retenue et les décisions prises lors des deux premières étapes de la planification hospitalière puis décrit les choix qui sont opérés par le Conseil d'Etat et les décisions qui en découlent. Si la démarche générale complexe a nécessité de nombreuses analyses, seuls les éléments principaux de celles-ci sont présentés ici, selon une approche didactique pour permettre au lecteur de bien comprendre les différentes étapes de l'évaluation. Ce rapport accompagne un arrêté du Conseil d'Etat fixant la liste des hôpitaux admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins ainsi que leurs mandats de prestations.

¹ Cf. articles 83 et 83a de la loi de santé (LS)

² Adopté le 1^{er} septembre 2015, la loi visant à confier certaines compétences au Grand Conseil en matière de planification hospitalière n'est pas entrée en force et ne porte que sur des étapes de la planification déjà achevées s'agissant du présent processus, à l'exclusion de l'établissement de la liste elle-même et de l'attribution des mandats.

3 CONTEXTE

Le contexte dans lequel s'inscrit la présente planification hospitalière a été largement décrit dans le cadre du rapport du Conseil d'Etat concernant la planification hospitalière – 1^{ère} partie: évaluation des besoins, du 29 octobre 2014. S'il est renvoyé à ce rapport, les principaux aspects contextuels sont rappelés ci-après.

3.1 Définition

La planification hospitalière vise à assurer la couverture des besoins en soins hospitaliers de la population, notamment par l'établissement d'une liste hospitalière qui, elle-même, a pour objectif de:

- définir les institutions autorisées à pratiquer à la charge de l'AOS et du canton;
- délimiter l'offre stationnaire des institutions nécessaires à la couverture des besoins en soins de la population, en répartissant des mandats de prestations et en fixant les conditions de réalisation de ceux-ci (définition des missions).

Elle n'a en revanche pas pour vocation de:

- définir quelles institutions sont autorisées à exploiter un hôpital, sachant que cette autorisation relève d'une problématique de police sanitaire qui sort donc du cadre de la planification; c'est cependant une condition nécessaire pour figurer sur la liste hospitalière;
- décider de la répartition des missions entre les différents sites des établissements de droit public que sont l'Hôpital neuchâtelois (HNE) et le Centre Neuchâtelois de Psychiatrie (CNP), cette compétence revenant actuellement au Grand Conseil et étant dès lors traitée dans un autre cadre;
- planifier le domaine ambulatoire.

3.2 Règles fédérales de planification hospitalière

A l'occasion de la révision de la LAMal portant sur le financement hospitalier dont les principales modifications sont effectives depuis le 1^{er} janvier 2012, les règles de planification hospitalière ont été adaptées et précisées. Ainsi, des critères de planification uniformes³ ont été édictés par le Conseil fédéral sur la base desquels les cantons doivent évaluer aussi bien les hôpitaux publics que privés. En outre, la planification liée aux prestations, c'est-à-dire la planification établie sur la base de données par cas en fonction du diagnostic devient la règle même si la planification liée aux capacités, à savoir la planification établie sur la base de données de gestion comme la durée de séjour et le taux d'occupation, reste acceptable dans certains cas. Enfin, les cantons sont invités à coordonner leur planification.

Plus encore, conformément à l'article 39 al. 2bis de la LAMal, il leur est explicitement demandé d'établir une planification conjointe pour l'ensemble de la Suisse dans le domaine de la médecine hautement spécialisée (MHS). Afin d'exécuter ce mandat légal, les cantons ont signé le 1^{er} janvier 2009 la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS). Il en découle qu'il n'existe, pour la MHS, plus qu'une seule planification

³ Cf. articles 58a à 58e de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal).

menée conjointement par tous les cantons, ces derniers ayant délégué leurs compétences en matière de planification à un organe supra-cantonal.

3.3 Cadre de travail

Dans le cadre de l'élaboration de la présente planification hospitalière, le Conseil d'Etat s'est fixé pour objectifs de présenter une planification qui tienne compte des besoins de la population et des conditions-cadres du système de santé, qui soit compatible avec les prescriptions légales applicables et qui garantisse un standard minimum de qualité ainsi qu'une bonne allocation des ressources. Il entend en outre assurer l'équité de traitement entre les partenaires pris en considération dans ce processus.

Souhaitant se calquer sur la politique sanitaire cantonale 2015 – 2022 qu'il a présenté au Grand Conseil dans son rapport du 16 février 2015, le Conseil d'Etat a fixé un horizon temporel portant sur les années 2016 à 2022 pour la présente planification hospitalière.

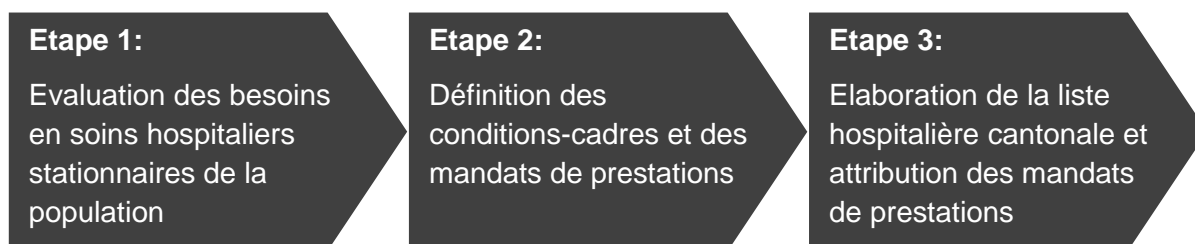
Il est rappelé que cette dernière porte sur:

- l'ensemble des soins hospitaliers stationnaires, ce qui exclut notamment les traitements ambulatoires et de longue durée;
- tous les cas des secteurs des soins somatiques aigus, de la réadaptation et de la psychiatrie;
- la population résidant dans le canton de Neuchâtel uniquement, la planification des soins pour les résidents des autres cantons incombant à ces derniers, même pour des traitements prodigués sur le territoire du canton de Neuchâtel;
- les traitements prodigués dans les hôpitaux, cliniques ou maisons de naissance situés sur tout le territoire suisse, quel que soit leur statut juridique, public ou privé, leur mode de rémunération ou le régime de financement de la prestation.

3.4 Processus de planification hospitalière

Se basant sur les trois phases principales prévues dans les dispositions de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal, art. 58b), le Conseil d'Etat a pris l'option d'organiser ses travaux de planification en trois étapes principales, à savoir:

Figure 1: Processus de planification hospitalière neuchâteloise 2016



La première étape a pour objectif de prévoir les besoins en soins hospitaliers stationnaires de la population. Elle est aujourd'hui réalisée et est présentée dans le rapport du Conseil d'Etat concernant la planification hospitalière – 1^{ère} partie: évaluation des besoins, du 29 octobre 2014. Une synthèse de ce dernier est présentée au chapitre 3.5.

La deuxième étape vise à déterminer les conditions-cadres liées à la liste hospitalière, c'est-à-dire les critères à respecter pour qu'un établissement puisse figurer sur la liste hospitalière

et se voir attribuer des mandats de prestations, conformément à l'art. 83a LS. Elle est, elle aussi, réalisée et est présentée dans le rapport du Conseil d'Etat concernant la planification hospitalière – 2^{ème} partie: conditions-cadres, du 17 décembre 2014, qui accompagne un arrêté fixant les conditions à remplir par un hôpital pour pouvoir figurer sur la liste hospitalière cantonale pour les années 2016 et suivantes, daté du même jour. Une synthèse de ce second rapport est présentée au chapitre 3.6.

Le présent rapport a pour objet principal de décrire l'étape 3, soit l'évaluation de l'offre au moyen des dossiers de candidatures reçus, l'élaboration de la liste hospitalière cantonale et l'attribution des mandats de prestations.

3.5 Evaluation des besoins en soins hospitaliers

Dans le cadre de la réalisation de l'étape 1 du processus de planification hospitalière, soit l'évaluation des besoins en soins hospitaliers stationnaires de la population, certaines décisions ont été prises et certaines hypothèses posées ayant un impact sur la suite du processus. En particulier:

- Les données de la statistique médicale 2012 de l'Office fédéral de la statistique (OFS) sont utilisées comme données de référence.
- La planification est réalisée sur la base des prestations pour l'ensemble des secteurs des soins somatiques aigus, de la réadaptation et de la psychiatrie.
- Dans le domaine des soins somatiques aigus, le regroupement des prestations s'effectue selon le modèle de groupes de prestations pour la planification hospitalière⁴ (GPPH), ou Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) en allemand, dont l'utilisation a été recommandée par la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Ce modèle répartit les cas en 25 domaines de prestations, eux-mêmes subdivisés en 126 groupes de prestations, permettant de disposer d'une structure plus simple que le catalogue SwissDRG qui comprend plus de 1000 positions, tout en offrant un degré de différenciation des prestations relativement élevé. Dans le domaine de la réadaptation, le regroupement des prestations intervient sur la base du diagnostic principal, codé selon la Classification internationale des maladies (CIM). Pour le domaine de la psychiatrie, les prestations sont regroupées sur la base de l'âge du patient.
- Pour la projection des besoins en soins hospitaliers, le Conseil d'Etat tient compte de l'évolution démographique et de l'évolution de la prise en charge. Dans le domaine des soins somatiques aigus, il pose notamment les hypothèses suivantes: certaines prestations chirurgicales donnant aujourd'hui lieu à une prise en charge stationnaire (hospitalisation) seront à futur réalisées en ambulatoire; certaines hospitalisations non justifiées ou réhospitalisations pourront être évitées à l'avenir. Dans le domaine de la réadaptation et de la psychiatrie, un virage ambulatoire est également pris en considération.

En 2012, ce sont 22'129 prestations hospitalières qui ont été fournies à la population neuchâteloise dans le domaine des soins somatiques aigus. A l'horizon 2022, le Conseil d'Etat considère que ce besoin devrait rester à peu près stable (entre 22'231 et 22'612, voir Annexe 2), la baisse du nombre de cas liée à l'évolution de la prise en charge venant

⁴ Toutes les informations relatives au modèle GPPH se trouvent sur le site internet de la CDS: www.gdk-cds.ch > Thèmes > Planification hospitalière > Groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) Soins somatiques aigus.

contrebalancer l'augmentation consécutive à l'évolution démographique. Dans le domaine de la réadaptation, 2'530 cas ont été pris en charge en 2012. A l'horizon 2022, la demande devrait augmenter légèrement (entre 2'602 et 2'611 cas, voir Annexe 3). En psychiatrie, l'évolution du nombre de cas devrait connaître une augmentation plus conséquente (de 1'514 cas en 2012 à entre 1'756 et 1'779 cas en 2022 (voir Annexe 4).

Ces chiffres correspondent au besoin global de la population en fonction des domaines. Avant l'attribution des mandats de prestations, il conviendra encore d'identifier, parmi ces besoins, lesquels doivent être couverts par la liste hospitalière, comme le prévoit l'OAMal. C'est sur cette base que l'offre permettant de les couvrir devra être déterminée.

3.6 Conditions-cadres pour accéder sur la liste hospitalière

Dans la mesure où le fait de figurer sur la liste hospitalière est une condition nécessaire pour avoir droit à un financement de la part des assureurs-maladie et de l'Etat, pour leur part respective de 45% et 55%, et dans son rôle de garant de la cohérence de sa politique sanitaire cantonale et du fait que la planification hospitalière s'inscrit plus largement dans ce cadre, le Conseil d'Etat demande le respect d'un certain nombre de critères pour pouvoir figurer sur la liste hospitalière. Ceux-ci sont posés dans un arrêté du Conseil d'Etat, du 17 décembre 2014, fixant les conditions à remplir par un hôpital pour pouvoir figurer sur la liste hospitalière cantonale pour les années 2016 et suivantes.

Le Conseil d'Etat entend ainsi garantir une analyse transparente et un traitement équitable de l'ensemble des hôpitaux et maisons de naissance publics, subventionnés et privés lors de l'ultime étape du processus de planification hospitalière que constituent l'établissement de la liste hospitalière cantonale et l'octroi des mandats de prestations aux hôpitaux.

Dans cet arrêté, qui n'a fait l'objet d'aucun recours, il a retenu trois types de critères dont le détail est présenté à l'Annexe 1. Il s'agit:

- des critères impératifs que tous les fournisseurs de prestations concernés par le processus de planification hospitalière (hôpitaux, cliniques et maisons de naissance) doivent remplir pour pouvoir participer à la procédure d'octroi, notamment l'existence d'une autorisation d'exploiter et le respect d'exigences médicales permettant d'assurer une qualité adéquate des prestations ;
- des conditions générales que les fournisseurs de prestations doivent s'engager à respecter s'ils se voient confier un mandat de prestations, notamment la participation à l'effort de formation, le respect de certaines règles de transparence ou l'application de conditions de travail spécifiques.
- des critères d'adjudication qui doivent permettre au Conseil d'Etat d'effectuer un choix définitif pour l'octroi des mandats parmi les fournisseurs de prestations remplissant les critères impératifs et s'engageant sur les conditions générales, lorsque l'offre est supérieure aux besoins planifiés, notamment l'économicité et la qualité des prestations ou l'accès aux traitements.

4 MÉTHODOLOGIE

4.1 Appel d'offres public

Afin de garantir un accès équitable à tous les hôpitaux, cliniques et maisons de naissance du pays, le Conseil d'Etat a pris l'option de mettre au concours les mandats de prestations qu'il juge nécessaires pour assurer la couverture des besoins de sa population par le biais d'un appel d'offres public. Ainsi, un appel d'offres a été lancé le 13 février 2015, avec délai de réponse au 7 avril 2015. Il a été annoncé dans la Feuille officielle de la République et canton de Neuchâtel ainsi que sur le site Internet du Service cantonal de la santé publique (SCSP).

Cet appel d'offres n'est pas soumis à la législation sur les marchés publics. En revanche, afin de garantir la concurrence et l'efficacité des prestations, la même procédure d'appel d'offres et les mêmes documents sont exigés de la part des établissements intra- et extracantonaux, qu'ils soient universitaires ou pas.

Les postulations sont séparées selon les domaines des soins aigus somatiques, de la réadaptation et de la psychiatrie. Pour chaque domaine, un fichier réponse et un document explicatif étaient disponibles sur le site Internet du SCSP.

Au besoin, des compléments d'informations ont été sollicités auprès des établissements, soit pour compléter leur dossier, soit pour s'assurer de la compréhension qui pouvait en être faite. Certains points ont également pu être précisés dans le cadre de la phase de consultation intervenue durant l'été 2015 sur un projet du présent rapport (voir chapitre 11).

Les postulations déposées après le délai spécifié pour l'appel d'offres n'ont pas été retenues.

4.2 Détermination des besoins à couvrir par la liste hospitalière

4.2.1 Principes

Comme indiqué au chapitre 3.5, l'évaluation des besoins réalisée dans un premier temps présentait des besoins globaux, comprenant l'ensemble des couvertures d'assurances. Dans la mesure où établir la liste hospitalière correspond à planifier les établissements admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins, il est nécessaire de se concentrer ensuite sur les seuls besoins hospitaliers relevant de la LAMal.

Par ailleurs, dans le cadre de la détermination de l'offre à couvrir par la liste hospitalière, et conformément à l'article 58b al. 2 de l'OAMal, les cantons doivent considérer qu'une partie de la population cantonale va recourir à des prestations offertes par des institutions fournissant une partie de l'offre qui n'est pas couverte par la liste hospitalière. Cette offre est ainsi couverte par des établissements qui ne figurent pas sur la liste qu'ils ont arrêtée, à savoir:

- des établissements hors canton inscrits seulement sur les listes d'autres cantons;
- des établissements conventionnés, c'est-à-dire des établissements ne figurant pas sur une liste mais ayant conclu une convention avec les assureurs selon l'art. 49a, al. 4, LAMal;
- des établissements qui n'ont pas de mandat de prestations relevant de la LAMal, c'est-à-dire des cliniques privées ni répertoriées ni conventionnées et ayant une activité purement privée.

Comme indiqué au chapitre 3.2, l'activité relevant du domaine de la médecine hautement spécialisée (MHS) doit en outre être exclue des besoins à couvrir par la liste hospitalière dans la mesure où ceux-ci sont couverts dans le cadre d'une planification supra-cantonale. Le modèle GPPH identifie clairement un certain nombre de ces prestations, rendant ce travail relativement aisé.

Cela étant, pour pouvoir identifier *a priori* quels établissements ne se verront pas confier de mandat de prestations ou lesquels seront conventionnés, les besoins suivants ont été soustraits par rapport à l'évaluation initiale des besoins présentée au chapitre 3.5:

1. ceux relevant d'autres régimes de financement que la LAMal (par exemple de l'assurance accident);
2. ceux relevant de la LAMal et qui sont couverts par des établissements ne figurant pas, entre 2012 et 2015, sur la liste hospitalière cantonale, tenant compte de l'exception mentionnée ci-dessous;
3. ceux relevant de la LAMal et entrant dans le champ de la médecine hautement spécialisée.

Une exception à ces principes doit toutefois être relevée. Le Conseil d'Etat a en effet pour objectif qu'une partie des cas réalisés actuellement hors canton dans un hôpital ne figurant pas sur la liste hospitalière actuellement en vigueur puisse être récupérée par les hôpitaux neuchâtelois dans le jeu de la concurrence instauré depuis 2012. Il estime dès lors nécessaire de tenir compte de deux tiers des cas de soins aigus pris en charge par des hôpitaux sis dans les cantons limitrophes à celui de Neuchâtel, soit notamment l'Hôpital du Jura bernois, les Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois et l'Hôpital de Biemme, dans les besoins à couvrir par la liste hospitalière. Il tient compte également de deux tiers de l'activité élective réalisée dans tous les autres hôpitaux suisses, espérant que les patients neuchâtelois privilégient à l'avenir une prise en charge sur le territoire cantonal. Il démontre ainsi la confiance qu'il a dans le développement des prestations, d'excellente qualité, au sein des établissements neuchâtelois. Ce sont ainsi plus de 800 cas, réalisés hors canton dans une institution ne figurant pas sur la liste hospitalière actuelle, dont il est tenu compte dans les besoins à couvrir par la liste hospitalière.

Pour le reste, le Conseil d'Etat part du principe que la part de la demande en soins couverte par des établissements ne figurant pas sur la liste hospitalière cantonale en 2012, année de référence de la présente planification, restera stable avec la nouvelle liste hospitalière de même que dans le temps. Cette approche a été retenue pour les soins aigus, tenant compte de l'exception décrite au paragraphe précédent, ainsi que pour la réadaptation et la psychiatrie. A noter cependant qu'il n'a pas été possible d'attribuer à un groupe de prestations les hospitalisations réalisées par convenance personnelle dans un hôpital universitaire figurant sur la liste hospitalière cantonale. Ces cas, au nombre de 160 environ (0.7% des cas totaux) en 2012, sont dès lors considérés comme un besoin à couvrir par la liste hospitalière.

4.2.2 Besoins non couverts

Au-delà de l'analyse décrite au chapitre précédent, le Conseil d'Etat a admis que certains besoins ne soient pas couverts par les hôpitaux figurant sur sa liste hospitalière. Il s'agit-là de besoins représentant moins de 4 cas.

Dans ces cas de figure, le Conseil d'Etat considère en effet inutile de garantir une offre pour couvrir ces besoins, partant du principe que les hôpitaux qu'il aura retenus pour couvrir le

reste des besoins disposent d'une certaine marge pour accueillir des cas supplémentaires. Ceux-ci ont une organisation qui dépasse les frontières posées dans le cadre du modèle GPPH et peuvent disposer de capacités pour un groupe de prestations parfois plus importantes que celles annoncées dans le cadre de l'appel d'offres à la présente planification hospitalière. Si tel ne devait toutefois pas être le cas, l'Etat, par le biais du médecin cantonal, pourra accorder une garantie de paiement pour les patients concernés pour une prise en charge dans un hôpital ne figurant pas sur la liste hospitalière neuchâteloise (art. 10 al. 2 lettre c LS). En effet, si la nécessité médicale d'une prestation est avérée parce qu'aucun prestataire inscrit sur la liste hospitalière ne peut fournir la prestation souhaitée, il est rappelé que le médecin cantonal peut accorder une garantie de paiement assurant au patient une prise en charge complète de ses coûts d'hospitalisation par son canton de domicile et son assurance-maladie.

Moins de 10 cas de soins aigus sont impactés par cette décision. Ces chiffres, évalués en regard de ceux présentés au dernier paragraphe du chapitre 4.2.1 et tenant compte de la marge d'erreur qui existe inévitablement dans le cadre de la prévision des besoins, apparaissent comme parfaitement acceptables au Conseil d'Etat.

4.2.3 Besoins évalués à zéro

Lors de la phase d'évaluation des besoins en soins hospitaliers, certains groupes de prestations présentent un besoin équivalent à 0. Cela signifie qu'aucun cas de ce groupe de prestation n'a été réalisé en 2012, année de référence à la présente planification hospitalière.

Dans un tel cas de figure, il convient de différencier les situations pour lesquelles un établissement neuchâtelois a soumis ou non. En effet, pour les prestations à réaliser hors canton, le Conseil d'Etat peut admettre qu'aucun mandat de prestations ne soit donné à mesure qu'il pourra accorder, par la voie de son médecin cantonal, une garantie de paiement, comme décrit au chapitre précédent. Cette approche n'étant pas possible pour les prestations à réaliser dans le canton, le Conseil d'Etat retient le principe selon lequel un besoin identifié à 0 doit être couvert par un mandat de prestations lorsqu'un partenaire au moins remplit les exigences posées pour ce groupe de prestations. De plus, en cas de mandat électif impliquant une gestion des quantités (voir chapitre 4.4.3), la limite maximale annuelle sera fixée à 5 cas.

4.2.4 Besoins non évalués

Il s'avère que, dans le domaine des soins somatiques aigus, la version des GPPH retenue dans le cadre de l'appel d'offres décrit au chapitre 4.1 (version 2015.1) diffère en quelques points de la version retenue lors de l'évaluation des besoins décrite au chapitre 3.5 (version 2014.1). Par conséquent, il existe des groupes de prestations pour lesquels les besoins n'ont pas été évalués. Il s'agit des groupes de prestations présentés dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1: Liste des groupes de prestations n'ayant pas fait l'objet d'une évaluation des besoins à horizon 2022

Sigle	Groupe de prestations
NCH2	Neurochirurgie spinale
NCH3	Neurochirurgie périphérique
HER1.1.3	Chirurgie et interventions de l'aorte thoracique
HER1.1.4	Chirurgie de la valve aortique

HER1.1.5	Chirurgie de la valve mitrale
TPL6	Transplantations intestinales
TPL7	Transplantation de rate
NEO1.1.1.1	Néonatalogie très spécialisée (âge gestationnel <28 0/7 SA et PN <1000g)

L'ensemble de ces groupes de prestations ne concernant pas une activité élective et n'étant pas sujette à une possible gestion des quantités (voir chapitre 4.4.3), un mandat sera attribué à tous les établissements qui rempliront les conditions-cadres pour éviter un éventuel déficit de couverture sanitaire.

Les besoins relevant des groupes de prestations en lien avec la pédiatrie et la gériatrie n'ont pas non plus été évalués. Ces groupes sont cependant particuliers en ce sens qu'ils doivent permettre une prise en charge spécifique à certaines catégories de patients dans le cadre d'un mandat relevant des autres groupes de prestations (par exemple l'orthopédie). Dans ce sens, les mandats sont accordés aux établissements qui sollicitent un mandat dans ce domaine et remplissent les exigences requises.

4.2.5 Reclassification de groupes de prestations

Comme indiqué au chapitre 4.2.4, le changement de version des GPPH entre le moment de l'évaluation des besoins et celui de l'appel d'offres a certaines conséquences. Outre celles décrites précédemment, il s'avère qu'une reclassification des groupes de prestations relevant du domaine de prestations de l'ophtalmologie (AUG) a eu lieu dans la version 2015.1. Ainsi, certains groupes de prestations selon la version 2014.1 sont réunis dans la version 2015.1. D'autres sont simplement renommés s'agissant de leur sigle. Le tableau 2 présente ces changements entre les versions des GPPH.

Tableau 2: Reclassification des groupes de prestations dans le domaine de l'ophtalmologie

Sigle selon version 2015.1	Sigle selon version 2014.1
AUG1.2	AUG1.2 + AUG1.3
AUG1.3	AUG1.4 + AUG1.5
AUG1.4	AUG1.6
AUG1.5	AUG1.7

4.3 Analyse des candidatures

4.3.1 Procédure

L'analyse des candidatures a été réalisée en différentes étapes, respectant ainsi les conditions-cadres posées par le Conseil d'Etat dans son arrêté du 17 décembre 2014 fixant les conditions à remplir par un hôpital pour pouvoir figurer sur la liste hospitalière cantonale pour les années 2016 et suivantes et présentées au chapitre 3.6 et à l'Annexe 1. Ces étapes sont les suivantes:

1. Le respect des critères impératifs concernant l'ensemble de l'institution soumissionnaire a été contrôlé. Des documents et informations étaient demandés pour venir confirmer les affirmations des institutions.
2. Les engagements des établissements à respecter les conditions générales ont été vérifiés. Aucun document de preuve ne pouvant être demandé à ce sujet, l'établissement devait s'engager sur l'honneur.

3. Le respect du critère impératif de la masse critique a été évalué au niveau des domaines de prestations⁵, sur la base de l'activité moyenne réalisée entre 2012 et 2014 communiquée par l'établissement. Il est rappelé que ce critère a pour objectif la concentration de l'offre qui conduit à une augmentation des masses critiques favorisant la qualité et à l'économicité des prestations, comme l'a admis le Tribunal administratif fédéral dans sa jurisprudence.
4. Le respect des exigences médicales entrant dans la capacité et la disponibilité de l'établissement à remplir son mandat a été contrôlé au niveau des groupes de prestations. Si certaines informations ont pu être vérifiées ou plausibilisées, d'autres n'ont pas pu l'être et il a été fait confiance aux réponses communiquées par l'établissement qui s'engageait sur l'honneur sur ce sujet également. Pour éviter toute confusion avec le point précédent, il est relevé que les exigences en lien avec le nombre minimum de cas visent à garantir une activité suffisante dans un groupe de prestations pour en assurer la qualité. Ce nombre de minimum de cas a été déterminé par un groupe d'experts dans le cadre du modèle GPPH et ne concerne que quelques groupes de prestations.
5. Si les critères impératifs étaient remplis et les conditions générales réputées respectées, et pour autant que l'offre excède les besoins en soins et que plus d'un établissement sollicite un mandat pour le groupe de prestations considéré, des critères d'adjudication ont été appliqués (voir chapitre 4.3.3). Pour ces critères, des documents ont également été sollicités pour s'assurer de la véracité des informations communiquées par les institutions.

Comme certaines conditions générales ne peuvent pas être imposées aux hôpitaux sis hors canton (voir point 2 du chapitre 4.3.2), le Conseil d'Etat admet de ne pas en faire un facteur discriminant entre hôpitaux sis dans des cantons différents. Par exemple, un hôpital neuchâtelois qui n'appliquerait pas les conditions de travail de la CCT Santé 21 ne serait pas moins bien considéré qu'un hôpital hors canton ne les appliquant pas non plus. Néanmoins, ces critères restent discriminants dans l'adjudication des mandats entre prestataires sis dans le même canton. En outre, en application des principes de dérogation présentés au chapitre 4.3.2, un mandat sous condition accompagne tout de même une telle décision.

4.3.2 Exceptions

Petites structures et établissements sis hors canton

Il est rappelé que certaines exceptions à l'application des critères impératifs et des conditions générales ont été admises par le Conseil d'Etat dans deux cas de figure, à savoir:

1. Les petites structures, qui emploient moins de 30 EPT en moyenne annuelle et/ou se prévalent d'un chiffre d'affaires inférieur à 3 millions de francs, pour les conditions générales relatives à l'obligation d'obtenir une certification pour sa comptabilité analytique et de mettre en place un dossier patient informatisé.
2. Les établissements sis en dehors du canton de Neuchâtel pour les conditions générales trop spécifiques au canton de Neuchâtel. A ce sujet, il est rappelé que la compétence et la marge de manœuvre du canton de Neuchâtel en matière hospitalière se limite au territoire cantonal (selon le principe de territorialité) et que certaines conditions d'accès à la liste hospitalière cantonale ne peuvent dès lors

⁵ Sauf pour les prestations en maison de naissance qui ont été évaluées au niveau du groupe de prestations (GEBH).

s'appliquer qu'aux hôpitaux sis dans le canton de Neuchâtel, ce dernier n'étant pas compétent pour en imposer à des hôpitaux sis hors canton. Malgré cela, le Conseil d'Etat attend de ses partenaires d'autres cantons qu'ils s'engagent sur les conditions générales qu'il a fixées de sorte à garantir une équité de traitement avec les hôpitaux neuchâtelois. Il admet cependant que ses exigences en matière de transmission d'information soient différentes considérant que certains des contrôles à réaliser le sont déjà par le canton d'implantation de l'hôpital. Cela étant, les objectifs ne sont pas remis en question mais la méthode de contrôle est adaptée à la situation des hôpitaux sis hors canton.

Couverture des besoins

De manière générale, le Conseil d'Etat s'est pourvu d'une clause de dérogation aux conditions-cadres qu'il a fixées. Ainsi, il peut admettre sur la liste hospitalière des établissements qui ne respecteraient pas les critères impératifs et les conditions générales imposées pour autant qu'ils soient jugés nécessaires à la couverture des besoins de la population.

Le Conseil d'Etat relève que la proximité de la prise en charge s'inscrit dans la couverture des besoins. Ces besoins sont ainsi vus au sens un peu plus large que la seule prestation et comprend également le cadre dans lequel cette prestation est fournie. Cette appréciation rejoint d'ailleurs les souhaits des patients mis en évidence à l'Annexe 5.

Lorsque le Conseil d'Etat fera usage de cette clause dérogatoire, les mandats de prestations qu'il octroiera seront assortis d'exigences à remplir dans un délai donné (voir chapitre 4.4.4). A défaut de satisfaire à ces exigences dans le délai imparti, le mandat de prestations sera retiré et remis au concours.

4.3.3 Principes d'adjudication

Sur la base des critères d'adjudication, le système d'évaluation suivant a été retenu pour départager les établissements qui sollicitaient un même mandat de prestations dans un groupe pour lequel l'offre mise à disposition dépasse le besoin identifié.

1. Le temps d'accès à un hôpital hors canton, depuis un lieu central du canton de Neuchâtel, Cernier en l'occurrence, dépasse 1 heure pour l'ensemble des hôpitaux hors canton ayant sollicité un mandat de prestations. Ce lieu a été retenu dans la mesure où le Conseil d'Etat estime qu'il est central au canton et notamment au milieu de l'axe entre les deux principales parties de l'agglomération du canton, Neuchâtel et ses environs et les deux villes des Montagnes neuchâteloises. En outre, pour le Conseil d'Etat, le canton constitue un seul espace, dans le prolongement de ses intentions présentées dans le cadre de son plan de législation. Cela étant, et fort d'une analyse menée par H+ qui démontre qu'entre 60% et 98% des citoyens souhaitent pouvoir accéder à des prestations médicales dans l'heure (voir Annexe 5), le Conseil d'Etat retient en priorité les établissements sis dans le canton de Neuchâtel, faisant du critère de la proximité/accessibilité son premier tri pour l'adjudication des mandats.
2. Les hôpitaux universitaires ont postulé pour des nombres limités de cas dans un certain nombre de groupes de prestations dans lesquels ils savent que les hôpitaux non universitaires sont généralement actifs. Ils se posent ainsi clairement en complément à l'hôpital non universitaire. Selon ce constat, priorité a été donnée aux hôpitaux non universitaires.

3. Lorsque l'attribution des mandats de prestations se fait au bénéfice d'un hôpital universitaire, le Conseil d'Etat considère que l'ensemble des hôpitaux ayant soumissionné se voient confier un mandat de prestations. Il n'entend ainsi pas se lancer dans une répartition stricte des prestations entre ces hôpitaux. Il ressort en effet de l'application des principes d'adjudication décrits ci-dessus que les différences entre ces institutions sont minimales et ne justifient pas d'entrer dans une telle démarche chronophage et à faible plus-value.
4. Le critère de la langue ne s'applique finalement pas au présent processus dans la mesure où l'ensemble des établissements ayant soumissionné affirme pouvoir assurer une prise en charge en langue française.
5. Les critères d'adjudication ne se sont pas avérés utiles pour le domaine de la psychiatrie dans la mesure où un seul prestataire sollicitait chacun des mandats de prestations.
6. Les autres critères (économicalité, qualité et délai d'accès au traitement) sont appliqués en sus selon les grilles d'analyse présentées à l'Annexe 6 (pour les soins aigus) et l'Annexe 7 (pour la réadaptation). Elles permettent d'évaluer les différentes candidatures de manière uniforme et objective afin de respecter l'équité de traitement entre concurrents directs. Les éléments suivants méritent d'être mentionnés pour la bonne compréhension de ces matrices d'analyse:
 - a. Pour la qualité: la référence retenue est le nombre de cas déterminé dans le cadre de l'évaluation des besoins décrite au chapitre 3.5.
 - b. Pour l'économicalité: dans le domaine des soins somatiques aigus, la référence est le coût moyen du baserate (coût par point) SwissDRG calculé sur la base des données 2013 de tous les hôpitaux suisses ayant communiqué leurs éléments de coûts à SwissDRG SA. Une telle référence n'existe pas dans le domaine de la réadaptation, raison pour laquelle a été retenu le tarif de référence 2015 du canton de Neuchâtel. S'il est délicat de comparer des coûts et des tarifs, nous n'avons pas trouvé d'autre référence plus satisfaisante. En outre, il est relevé que l'application de ce critère n'est pas discriminante par rapport aux autres critères de la matrice et que ce choix n'a donc pas d'effet particulier sur l'évaluation des candidatures en réadaptation.
 - c. Pour le délai d'accès au traitement: les distances, en minutes, ont été établies à l'aide du calculateur d'itinéraires du Touring Club Suisse (TCS) au départ d'un point central du canton de Neuchâtel, Cernier en l'occurrence (voir le point 1 ci-dessus).
 - d. Il n'a pas été procédé à une pondération particulière entre les différents critères évalués.

4.4 Octroi des mandats de prestations

4.4.1 Principes généraux

Dans son arrêté précité du 17 décembre 2014, le Conseil d'Etat a rappelé qu'il était tenu de veiller à la cohérence des décisions qu'il prend en matière de planification hospitalière avec celles qu'il prend en matière de planification sanitaire. A ce titre, dans le cadre de l'octroi des mandats de prestations, il doit veiller à ne pas prendre de décisions contraires à celles prises par le Grand Conseil s'agissant des options stratégiques concernant l'Hôpital neuchâtelois (HNE) et le Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP) qui relèvent de sa compétence dans le respect de la LEHM et la LCNP.

Cela implique notamment que le Conseil d'Etat n'est pas compétent pour répartir les missions entre les sites de ces deux institutions. Par conséquent, il doit attribuer les mandats de prestations à une institution dans son ensemble et non site par site. Ce même principe s'applique dès lors à l'HNE et au CNP mais également à GSMN Neuchâtel SA, qui a récemment acquis la Clinique Montbrillant qui complète son offre à l'Hôpital de la Providence. Il en va de même pour les hôpitaux hors canton tels que l'Hôpital du Jura ou l'Hôpital du Valais ainsi que pour les hôpitaux universitaires.

Enfin, il est rappelé que le Conseil d'Etat s'est donné les moyens de subordonner l'octroi d'un mandat de prestations à l'existence d'une collaboration interinstitutionnelle formalisée.

4.4.2 Elaboration de la liste hospitalière

Si la liste hospitalière du canton de Neuchâtel était aujourd'hui formalisée en deux arrêtés distincts, le premier concernant les hôpitaux neuchâtelois et le second concernant les hôpitaux sis hors canton, le Conseil d'Etat souhaite désormais présenter une seule et unique liste. Cette démarche s'inscrit selon lui dans le cadre de la révision de la législation fédérale et des objectifs qu'il s'est fixés dans le cadre de la présente planification hospitalière. Il n'entend ainsi plus différencier les établissements sis en dehors du canton de Neuchâtel de ceux implantés dans ce canton.

Cette approche permettra en outre une plus grande clarté pour les partenaires concernés dans la lecture des décisions d'attribution des mandats de prestations.

4.4.3 Gestion des quantités

Le Conseil d'Etat impose une gestion des quantités dans le cadre de sa planification hospitalière 2016-2022, souhaitant ainsi lutter contre ce qu'on peut appeler la "course à l'équipement" dans le domaine hospitalier, soit contre le fait que les prestataires de soins proposent une offre toujours plus étoffée pour devancer leurs concurrents. Conscient des risques inhérents à un tel outil, il limite son application aux groupes de prestations relevant d'une activité élective (programmée), à savoir: l'ophtalmologie, l'ORL, la gynécologie, l'orthopédie, la rhumatologie et l'urologie. D'autre part, il est prévu que le Conseil d'Etat octroie des mandats de prestations sur la base des besoins identifiés en fonction du scénario 1 retenu dans le rapport d'évaluation des besoins, qui est fondé sur le scénario démographique de référence ou « moyen », mais qu'il fixe les limitations de quantité sur la base des besoins identifiés en fonction du scénario 2, qui tient compte du scénario démographique « haut ». Il est également rappelé que, lors de l'étape de la détermination des besoins à couvrir par la liste hospitalière (voir chapitre 4.2), le Conseil d'Etat a tenu compte d'une certaine marge devant permettre aux hôpitaux neuchâtelois de prendre en charge certains patients actuellement hospitalisés hors canton dans un hôpital ne figurant pas sur la liste hospitalière neuchâteloise.

Deux cas particuliers méritent en outre d'être mentionnés ici. D'une part, en lien avec les principes d'attribution des mandats retenus au point 3 du chapitre 4.3.3, il renonce à limiter les quantités lorsque les mandats de prestations sont attribués aux seuls hôpitaux universitaires.

Le nombre de cas admis dans le cadre de la présente planification hospitalière est défini par une fourchette dans la liste hospitalière et sera précisé, annuellement, en marge du contrat de prestations qui liera l'hôpital à l'Etat (voir chapitre 8.1). Les plancher et plafond de cette

fourchette sont déterminés selon les besoins minimaux et maximaux identifiés selon le scénario 2.

Il est rappelé que le Conseil d'Etat sera particulièrement attentif à ce que ces mécanismes de contrôles ne remettent pas en cause l'accès aux soins pour les patients neuchâtelois dans les domaines considérés (voir chapitre 8.2.3).

4.4.4 Mandats sous conditions

Les dérogations accordées en application des principes décrits au chapitre 4.3.2 doivent rester dans toute la mesure du possible des exceptions. Cette approche amène le Conseil d'Etat à considérer ce régime dérogatoire comme donnant accès à des mandats assortis de conditions, à satisfaire dans un temps donné. Il prévoit ainsi trois cas de figure, dépendants du type de dérogation accordée:

1. Une condition à remplir dans le délai de 1 an, lorsque les exigences de qualité, également celles liées au modèle GPPH, ne sont pas entièrement respectées (absence de concept qualité, niveau de soins intensifs ou de disponibilité insuffisant, etc.).
2. Une condition à remplir dans le délai de 2 ans, lorsque les conditions générales posées par le Conseil d'Etat ne sont pas respectées (application des conditions de travail de la CCT Santé 21).
3. Une condition à remplir dans le délai de 3 ans, lorsque le nombre minimum de cas n'est pas atteint. Ce délai est nécessaire pour permettre à l'Etat de disposer des informations nécessaires à une évaluation de la situation sur les deux premières années couvertes par la planification hospitalière.

Ces divers délais sont accordés aux établissements pour leur permettre de se mettre en règle avec les exigences posées. A défaut et passés ces délais, le mandat de prestations pourra être retiré pour être attribué à une autre institution dans le cadre d'un nouvel appel d'offres spécifique aux groupes de prestations concernés et sur la base des besoins identifiés dans le présent rapport et des conditions-cadres retenues pour la présente planification hospitalière.

Concernant les activités électives, lorsqu'un établissement reçoit un mandat sous conditions qui s'inscrit en complément à une autre institution qui remplit l'ensemble des conditions posées, la répartition du nombre de cas attribués suit les principes suivants:

1. Priorité est donnée à l'établissement qui remplit l'ensemble des conditions-cadres, qui se voit dès lors attribuer l'entier des cas qu'il a sollicités pour la période durant laquelle un mandat est accordé sous condition à l'autre établissement;
2. Cet autre établissement se voit accorder un nombre de cas équivalent au besoin résiduel non couvert par l'établissement remplissant l'ensemble des conditions-cadres;
3. Une fois passé le délai accordé à l'établissement pour se mettre en règle avec les conditions-cadres, et partant du principe que ce partenaire aura pris les dispositions nécessaires pour ce faire, les principes d'adjudication (voir chapitre 4.3.3) sont appliqués. Dans tous les cas, l'établissement qui remplissait dès le début de la validité de la présente planification hospitalière toutes les conditions-cadres se voit attribuer au minimum le même nombre de cas que lors de la dernière année durant laquelle l'autre établissement bénéficiait d'une clause de dérogation.

4.4.5 Soins palliatifs

Considérant que le Conseil d'Etat a renoncé à revoir sa planification dans le domaine des soins palliatifs, il admet de proroger les mandats attribués dans le cadre de la liste hospitalière en vigueur jusqu'à la fin de l'année 2015.

5 SOINS AIGUS SOMATIQUES

5.1 Détermination des besoins à couvrir par la liste hospitalière

Tenant compte de la démarche présentée au chapitre 4.2.1, les besoins en soins hospitaliers à couvrir par la liste hospitalière partent des besoins globaux identifiés dans la première étape de la présente planification hospitalière (voir chapitre 3.5) et présentés à l'Annexe 2. Ces besoins se montent globalement à plus de 19'100 cas et sont détaillés par groupe de prestations à l'Annexe 8.

5.2 Evaluation des offres reçues

5.2.1 Réponses à l'appel d'offres et mandats de prestations demandés

Dans le domaine des soins somatiques aigus, les établissements suivants ont sollicité au moins un mandat de prestations.

1. Hôpital neuchâtelois (HNE)
2. GSMN Neuchâtel SA (GSMN-NE)
3. Maison de naissance Tilia (TILIA)
4. Hôpital du Jura (HJU)
5. Inselspital (INSEL)
6. Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
7. Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

Le détail des mandats de prestations souhaités ainsi que les capacités offertes par ceux-ci sont présentées à l'Annexe 9.

5.2.2 Analyse du respect des exigences relatives à l'établissement

Dans le présent chapitre est évalué le respect des conditions-cadres fixées par le Conseil d'Etat et qui s'appliquent à l'entier de l'institution. Cette évaluation est présentée dans le tableau 3 ci-après.

Tableau 3: Evaluation des critères impératifs et des conditions générales relatives à l'établissement

	HNE	GSMN-NE	HJU	TILIA	CHUV	HUG	INSEL
Critères impératifs (art.2)							
a. Autorisations d'exploiter et de pratiquer	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
b. Pérennité et solvabilité	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
d. Qualité	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓
Conditions-générales (art. 3)							
a. Contrat de prestations	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
b. Obligation d'admission	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
c. Dossier patient informatisé	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
d. Conditions de travail	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓

e. Transparence, accès aux données	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
f. Implications en matière de santé publique	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
g. Pérennité de l'institution	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
h. Formation	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
i. Réinsertion/insertion	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
j. Droit des patients	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
k. Marchés publics	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
l. Obligations en cas de cessation d'activité	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Il en ressort que les conditions-cadres sont remplies par la grande majorité des institutions. Les commentaires suivants peuvent être apportés pour expliquer l'évaluation négative qui a été faite sur une de ces conditions pour GSMN-NE et pour TILIA.

GSMN-NE: Bien que l'institution se soit engagée à respecter la condition générale relative aux conditions de travail dans le cadre de sa réponse à l'appel d'offres, elle mentionne, dans ses commentaires, que "GSMN-NE n'a pas conclu la CCT Santé 21 mais s'engage à respecter des conditions de travail équivalentes à cette convention collective.". Or, l'exigence posée par le Conseil d'Etat porte sur l'application des conditions de travail de la CCT Santé 21 et non de conditions équivalentes. Appelés à s'expliquer sur l'incohérence existant entre l'engagement pris et le commentaire formulé, ses dirigeants ont donné la réponse suivante: "nous considérons respecter l'exigence posée par le Conseil d'Etat car nous estimons que nos conditions de travail actuelles sont équivalentes à celles de la CCT Santé 21". Cette réponse ne permet dès lors pas de considérer que GSMN-NE s'engage sur le respect des conditions de travail imposée par le Conseil d'Etat et, par conséquent, que cette condition générale est remplie.

TILIA: Cette institution ne dispose pas d'un concept qualité établi ni d'un système de traçage des événements indésirables, ni d'un concept en matière de prévention et contrôle des infections.

5.2.3 Analyse du respect des exigences relatives aux domaines et aux groupes de prestations

Certaines des exigences posées par le Conseil d'Etat doivent être évaluées à un degré de granularité plus détaillé que la seule institution. Ainsi, le critère de la masse critique⁶ doit être analysé au niveau du domaine de prestations alors que celui des exigences médicales⁷ doit l'être au niveau du groupe de prestations. Les résultats de cette analyse sont présentés à l'Annexe 10, établissement par établissement. Au besoin, des commentaires accompagnent

⁶ Avoir réalisé, en moyenne entre 2012 et 2014, un nombre de prestations minimum équivalent à 5% de tous les cas de la population neuchâteloise durant l'année de référence (2012) et avoir traité au moins 10 cas dans le domaine de prestations considéré. S'agissant de l'activité des maisons de naissance, elle est évaluée sur la base du groupe de prestations spécifique à ce secteur.

⁷ Par exemple, disponibilité des médecins, existence d'un service d'urgences, de soins intensifs, d'un tumorboard, etc.

cette évaluation pour permettre de bien comprendre les raisons qui poussent le Conseil d'Etat à aboutir au résultat indiqué.

Il en ressort que certaines institutions ne remplissent pas l'ensemble des exigences posées pour tous les groupes de prestations pour lesquels elles ont soumissionné. Des informations plus précises sur le critère de la masse critique et l'activité moyenne 2012 – 2014 des établissements sont présentées à l'Annexe 11.

5.2.4 Analyse des critères d'adjudication

Le système d'évaluation décrit au chapitre 4.3.3 a été appliqué pour définir, parmi les hôpitaux qui sollicitent un mandat de prestations, qui remplissent les critères impératifs et qui s'engagent à respecter les conditions générales posées, lesquels s'en verront octroyer un.

Considérant l'analyse menée aux chapitres 5.2.2 et 5.2.3, il s'avère que l'attribution des mandats de prestations peut être effectuée sur la base des seules trois premières règles d'adjudication fixées au chapitre 4.3.3 dans la très grande majorité des cas. L'application des critères d'adjudication s'avère toutefois nécessaire pour l'attribution des mandats de prestations lorsque des mandats sous conditions sont accordés (en l'occurrence pour les groupes de prestations relevant de l'orthopédie), comme indiqué au chapitre 4.4.4 et partant du principe que les exigences posées par le Conseil d'Etat seront remplies dans les délais impartis. Par souci de transparence, les données utilisées pour l'appréciation du critère d'économicité sont présentés à l'Annexe 12 et les résultats de l'application de tous les critères d'adjudication interprétés à l'aune du système d'évaluation de l'Annexe 6 sont présentés à l'Annexe 13.

5.2.5 Analyse de la couverture des besoins identifiés

Une fois l'analyse du chapitre 5.2.4 réalisée, il convient de s'assurer que les besoins en soins identifiés sont bien couverts par l'offre retenue. Il s'agit ainsi de déterminer les besoins que le Conseil d'Etat admet comme pouvant ne pas être couverts (voir chapitre 4.2.2) et si des dérogations doivent être accordées pour s'assurer d'une couverture adéquate des besoins.

Besoins non couverts

Le Conseil d'Etat a admis que certains besoins, jugés comme faibles, puissent ne pas trouver de réponse directe dans le cadre de la présente liste hospitalière (voir chapitre 4.2.2), pour autant qu'un mandat de prestations puisse être confié à au moins un partenaire dans ce groupe de prestations. En l'occurrence, une absence de couverture complète des besoins concerne 5 groupes de prestations, représentant moins d'une dizaine de cas au total. Le tableau présenté à l'Annexe 14 donne le détail des groupes de prestations concernés ainsi que du nombre de cas concernés pour chacun d'eux.

Octroi de dérogations

Comme indiqué au chapitre 4.3.2, des dérogations au respect des conditions-cadres fixées par le Conseil d'Etat peuvent être accordées par celui-ci, sous certaines conditions, notamment pour garantir la couverture des besoins en soins hospitaliers de la population neuchâteloise.

Dans le tableau ci-dessous, sont présentés les groupes de prestations pour lesquels la couverture de ces besoins ne peut pas être assurée uniquement par des établissements

respectant l'entier des conditions-cadres précitées ainsi que les institutions retenues par le Conseil d'Etat pour pallier cette situation. Pour rappel, dans un tel cas de figure, seuls des mandats de prestations sous conditions sont accordés (voir chapitres 4.4.4 et 5.3.2).

Par ailleurs, par souci de cohérence avec sa politique sanitaire et avec les décisions concernant l'HNE prises dans le cadre d'une autre planification et validées par le Grand Conseil, voire le peuple, et dans un souci de couvrir les besoins de la population neuchâteloise, le Conseil d'Etat entre en matière sur certaines exceptions à l'application des exigences relatives aux domaines et aux groupes de prestations. Cette marge de manœuvre est d'ailleurs prévue par son arrêté du 17 décembre 2014 (voir chapitres 4.3.2 et 4.4.1). Ces dérogations sont admises car reposant sur des considérations qualitatives et dans la mesure où elles entrent dans le cadre de mandats sous conditions tels que prévus au chapitre 4.4.4. La grande majorité d'entre elles est conditionnée à la signature d'une convention de collaboration avec un hôpital universitaire (HU).

Concrètement, ces dérogations sont accordées pour les groupes de prestations présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4: Groupes de prestations pour lesquels la couverture des besoins pourrait ne pas être assurée sans déroger aux conditions-cadres

Groupe de prestation		Constats	Dérogation et explication
BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	GSMN-NE ne remplit pas la condition générale concernant le respect de la CCT Santé 21. Pour ces prestations, l'offre de HNE est inférieure aux besoins identifiés.	Compte-tenu que HNE n'offre pas la capacité suffisante pour couvrir la totalité des besoins de la population neuchâteloise, il est accordé un mandat sous conditions à GSMN-NE (voir chapitre 4.3.1).
BEW2	Orthopédie		
BEW3	Chirurgie de la main		
BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude		
BEW5	Arthroscopie du genou		
BEW6	Reconstruction de membres supérieurs		
BEW7	Reconstruction de membres inférieurs		
BEW8	Chirurgie de la colonne vertébrale		
GEBH	Maison de naissance	TILIA ne remplit pas les critères impératifs en termes de qualité. Elle ne respecte pas non plus l'exigence d'une présence en permanence sur	De manière à permettre à la population neuchâteloise de bénéficier de prestations de maison de naissance dans le cadre de la LAMal, un

		site lorsqu'une parturiente est présente ⁸ .	mandat sous conditions est attribué à TILIA.
PBP	Paquet de base programmé	GSMN-NE ne remplit pas la condition générale concernant le respect de la CCT Santé 21. Il ne remplit pas non plus les exigences pour le paquet de base (PB).	Dans la mesure où il est nécessaire de confier un mandat de type PB ou PBP à une institution dans le cadre du modèle GPPH et que GSMN ne réunit pas les conditions pour obtenir un mandat PB, un mandat PBP est accordé sous conditions pour lui permettre de fonctionner correctement.
AUG1	Ophthalmologie	GSMN-NE ne remplit pas la condition générale concernant le respect de la CCT Santé 21. Pour ces groupes de prestations, l'HNE n'a pas postulé.	Un mandat sous conditions est accordé à GSMN-NE pour chaque groupe de prestations de ce domaine (voir chapitre 4.3.1).
AUG1.1	Strabologie		
AUG1.2	Orbite, Paupières, voies lacrimales		
AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur		
AUG1.4	Cataracte		
AUG1.5	Affections du corps vitré/de la cornée		
URO1.1.2.	Cystectomie radicale	Pour ce groupe de prestations, un nombre minimum de 10 cas est requis par le modèle GPPH. Les candidats GSMN-NE et HJU ont une moyenne d'activité 2012-2014 respectivement de 0 cas et 1.67 cas. Pour sa part, HNE a réalisé une moyenne d'activité 2012-2014 de 6,3 cas. En outre, GSMN-NE ne remplit pas la condition générale concernant le respect de la CCT Santé 21, ne présente pas la masse critique nécessaire (0 cas au lieu de 42 cas requis), ni ne dispose de soins intensifs au niveau 2 requis.	Un mandat sous conditions est accordé à HNE, considérant qu'il est le plus proche d'atteindre le nombre de cas minimum requis.

⁸ TILIA s'est toutefois engagée à garantir la présence d'une sage-femme durant 4 heures après l'accouchement.

PNE1.2.	Evaluation avant ou status après transplantation	Pour ce groupe de prestation, un lien dans le même hôpital avec un autre domaine de prestation TPL2 Transplantation pulmonaire (CIMHS) est requis par le modèle GPPH. Or HNE ne peut se prévaloir de ce lien. Celui-ci met toutefois en avant une collaboration existante dans ce domaine avec un hôpital universitaire (HU).	Considérant le lien existant avec un hôpital universitaire dans ce domaine, un mandat est accordé à HNE, sous condition qu'une convention de collaboration continue d'exister avec un HU dans le domaine TPL2.
THO1.1	Néoplasmes malins du système respiratoire (résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	HNE ne dispose pas de soins intensifs de niveau 3 requis et ne peut pas se prévaloir du nombre minimum de cas requis selon le modèle GPPH (moyenne 2012-2014 de 18 cas au lieu de 30 requis). HNE a toutefois conclu une convention de collaboration avec un HU dans ce domaine, permettant de bien circonscrire son activité et de présenter une qualité équivalente à celle d'un HU.	Considérant l'existence d'une convention de collaboration avec un HU, un mandat sous conditions est accordé à HNE, moyennant un accord sur la question des soins intensifs dans ladite convention.
THO1.2	Chirurgie du médiastin	HNE ne dispose pas de soins intensifs de niveau 3 requis mais fait valoir l'existence d'une convention de collaboration avec un HU.	Idem
NCH2	Neurochirurgie spinale	HNE ne présente pas une masse critique suffisante (moyenne 2012-2014 de 3 cas). Une convention de collaboration avec un HU permet de garantir l'exigence de disponibilité requise par le modèle GPPH.	Le développement par l'HNE de la chirurgie du rachis a été décidé par le Conseil d'Etat dans le cadre d'une planification spécifique à l'HNE. Ce choix a été validé par le Grand Conseil par décret du 26 mars 2013 ⁹ et en votation populaire en novembre 2013. Un mandat sous conditions est donc accordé à HNE. Une convention avec un HU devra être conclue.

⁹ Décret portant approbation des options stratégiques complémentaires définies par le Conseil d'Etat pour l'Etablissement hospitalier multisite cantonal à horizon 2017, du 26 mars 2013; voir rapport y relatif (13.008), du 16 janvier 2013.

NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux	HNE ne dispose pas d'un tumorboard en ses murs. Une convention de collaboration avec un HU en cours d'élaboration permettra d'assurer un tumorboard pour les patients pris en charge à HNE.	Un mandat sous conditions est accordé à HNE. Une convention avec un HU devra être conclue.
RAO1	Radio-oncologie	HNE ne présente pas le niveau de disponibilité requis des médecins. Une convention de collaboration avec un HU est toutefois en cours d'élaboration pour la prise en charge des urgences.	Un mandat sous conditions est accordé à HNE. Une convention avec un HU devra être conclue.
NEP1	Néphrologie	GSMN-NE ne remplit pas la condition générale concernant le respect de la CCT Santé 21. Pour ce groupe de prestation, GSMN-NE dispose d'un niveau de soins intensif uniquement de niveau 1 tandis qu'un niveau 2 est requis selon le modèle GPPH. Il ne peut pas non plus se prévaloir des liens in-house nécessaires. L'HNE ne dispose pas de la dialyse ambulatoire et péritonéale. Il entend pouvoir satisfaire cette exigence au 1 ^{er} janvier 2017.	Un mandat sous conditions est accordé à GSMN-NE et à l'HNE. Une convention entre ces deux institutions devra être conclue.
NEO1.1.1	Néonatalogie spécialisée (dès âge gestationnel 28 0/7 SA et PN 1000g)	HNE ne respecte pas les exigences selon niveau III des Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland	Un mandat sous conditions est accordé à HNE. Une convention avec un HU devra être conclue.

Mandats à plusieurs institutions

Le Conseil d'Etat octroie des mandats aux seuls établissements nécessaires à la couverture des besoins en soins hospitaliers de la population neuchâteloise. Ainsi, si un seul hôpital permet d'assurer cette couverture, un mandat sera confié à cette seule institution. Si les offres de deux établissements sont nécessaires à cette couverture, un mandat sera octroyé à chacune de ces deux institutions. Et ainsi de suite. Dans de tels cas de figure, les autres offres allant au-delà des besoins identifiés ne sont pas retenues, selon l'ordre des priorités définis aux chapitres 4.3.3 et 5.2.4.

5.3 Attribution des mandats de prestations et liste hospitalière

Sur la base de ce qui précède, le Conseil d'Etat est en mesure de procéder à l'attribution des mandats de prestations et, partant, d'arrêter sa liste hospitalière pour les années 2016 à 2022. Ces décisions sont présentées à l'Annexe 15 et formalisées dans un arrêté. Ces

mandats de prestations peuvent être limités en termes de volume d'activité et/ou assortis d'exigences.

Il est en outre relevé que, bien que le mandat PB ne soit pas explicitement confié à l'HJU et aux hôpitaux universitaires, ceux-ci disposent cependant explicitement ou implicitement de ce mandat par leur canton d'implantation, ce qui leur permet de réaliser les mandats qui leur sont attribués par le canton de Neuchâtel.

5.3.1 Mandats limités

Lorsqu'une gestion des quantités est appliquée, le nombre de cas accordé à un établissement est inscrit dans le tableau de l'Annexe 15. Ces quantités sont établies sur la base du scénario Haut d'évolution des besoins, comme décrit au chapitre 4.4.3. Les besoins découlant de ce scénario sont présentés à l'Annexe 16 pour les prestations relevant d'un domaine électif.

Les limites posées par le Conseil d'Etat sont présentées sous la forme d'une fourchette dont le plancher correspond aux besoins minimaux et le plafond aux besoins maximaux identifiés. Elles sont directement présentées dans le tableau de l'Annexe 15. Le Conseil d'Etat octroiera chaque année, dans le cadre du contrat de prestations qui le liera à l'établissement concerné, une limite d'activité s'inscrivant dans cette fourchette, en fonction des besoins identifiés pour l'année sous revue.

La répartition annuelle du nombre de cas entre institutions pour les domaines concernés sur la base des besoins identifiés dans le scénario Haut est présentée à l'Annexe 17.

Dans le cadre de l'acquisition de l'Hôpital de la Providence par GSMN au 1^{er} mars 2013, le Conseil d'Etat s'était engagé à accorder durant quatre ans une dérogation à l'obligation d'appliquer les conditions de travail de la CCT Santé 21. Cet engagement porte donc jusqu'à la fin de l'exercice 2016. Soucieux de respecter sa parole donnée, le Conseil d'Etat admet exceptionnellement que la limitation des quantités appliquée au domaine de prestations de l'orthopédie équivaut en 2016 à la limitation appliquée pour les années 2013 à 2015, soit à 1500 cas. Cette limitation est appliquée au domaine de prestations dans son ensemble, dans la mesure où c'est déjà le cas aujourd'hui et qu'il n'est pas possible de répartir ces cas entre les différents groupes de prestations qui constituent le domaine de l'orthopédie. Une certaine marge de manœuvre est dès lors accordée à GSMN-NE en 2016 pour la gestion de ses cas orthopédiques dans les limites fixées. Dès 2017, les règles de limitation de quantités décrites dans le présent rapport s'appliquent sans exception. Sans que cela nécessite une explication particulière, il est relevé que l'engagement du Conseil d'Etat dans les domaines de l'ophtalmologie et de la néphrologie est également respecté.

5.3.2 Mandats sous conditions

Comme mentionné aux chapitres 5.2.3 et 5.2.5, certains mandats de prestations doivent être accordés en dérogation aux conditions-cadres posées par le Conseil d'Etat, de manière à assurer une bonne couverture des besoins, voire le respect de la politique sanitaire cantonale. Dans de tels cas, des mandats sont octroyés sous conditions selon les principes décrits au chapitre 4.4.4. Ces conditions sont de différents ordres qui peuvent toucher à des champs de politique ou d'organisation institutionnelles, de collaboration interinstitutionnelle ou encore de casuistique. Le type de mandat est spécifié à l'Annexe 15.

L'institution qui reçoit un mandat sous conditions devra se mettre en règle dans le délai imparti (1, 2 ou 3 ans). Avant la fin de ce délai, il sera procédé à une évaluation pour vérifier que la condition est satisfaite, faute de quoi le mandat sera retiré. Le cas échéant, un nouvel appel d'offres sera lancé pour le groupe de prestations en question et pour les quantités découlant du mandat remis en question.

Dans le cas où la dérogation est accordée sur un critère impératif, à savoir le fait de disposer d'un concept d'assurance qualité, le respect de la condition sera évalué courant 2016. A défaut, le mandat de prestations sera retiré à compter du 1^{er} janvier 2017. Il en va de même pour les dérogations accordées dans l'attente de la conclusion d'une convention de collaboration avec un hôpital universitaire.

Lorsque la dérogation porte sur une condition générale évaluée au niveau de l'institution, l'application des conditions de travail de la CCT Santé 21 en l'occurrence, le respect de la condition posée sera évalué dans la seconde partie de l'année 2017 et une décision du Conseil d'Etat de maintenir ou non le mandat sera prise pour la fin de cette même année. Ce délai doit laisser le temps nécessaire à l'établissement pour se déterminer sur le nouveau texte de cette convention qui devrait entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2017.

Lorsque la dérogation porte sur le nombre minimum de cas, l'évolution de ce dernier sera observée sur les années 2016 et 2017. Passé ce délai, il sera procédé à une évaluation pour vérifier que le nombre de cas requis est bien atteint. Si tel ne devait pas être le cas, le mandat pourra être retiré et un nouvel appel d'offres sera lancé pour le groupe de prestations en question en vue d'une nouvelle attribution pour le 1^{er} janvier 2019.

Il est relevé ici le caractère particulier de la dérogation accordée à GSMN-NE et à l'HNE pour la néphrologie. En effet, à mesure que GSMN-NE ne dispose pas du mandat de paquet de base ni de soins intensifs de niveau 2, voire des urgences de niveau 2, le Conseil d'Etat lui impose de conclure une convention de collaboration avec un hôpital disposant de ce type de soins, l'HNE en l'occurrence. L'HNE, lui, ne dispose pas de dialyses ambulatoires et péritonéales. S'il ne parvient pas à développer cette activité à l'interne, il lui est demandé de présenter une convention de collaboration avec un hôpital ayant ce type d'infrastructure, GSMN-NE en l'occurrence. Ces obligations entrent dans le champ de compétence du Conseil d'Etat décrit au chapitre 4.4.1, à savoir qu'un mandat peut être subordonné à l'existence d'une collaboration interinstitutionnelle formalisée. Le délai pour présenter cette convention de collaboration est fixé au 30 juin 2016. Faute de pouvoir présenter une telle convention, le mandat de prestations leur sera retiré à fin 2016. Pour GSMN-NE, cette condition vient s'ajouter à celle plus générale concernant les conditions de travail dont le délai de mise en conformité porte à mi-2017, comme indiqué précédemment.

De manière générale, les conditions posées ainsi que les délais de mise en conformité seront détaillés dans le cadre des contrats de prestations qui lieront les institutions à l'Etat à partir du 1^{er} janvier 2016 (voir chapitre 8.1).

6 RÉADAPTATION

6.1 Détermination des besoins à couvrir par la liste hospitalière

Toujours en application de la démarche présentée au chapitre 4.2, les besoins en soins hospitaliers à couvrir par la liste hospitalière partent des besoins globaux identifiés dans la première étape de la présente planification hospitalière (voir chapitre 3.5) et présentés à l'Annexe 3. Ces besoins se montent globalement à plus de 2'200 cas et sont détaillés par groupe de prestations dans l'Annexe 18.

Pour rappel, le regroupement des prestations s'est fait sur la base du diagnostic principal, codé selon la Classification internationale des maladies (CIM), en attendant l'introduction d'une définition nationale dans ce domaine. Ce choix, sub-optimal, a été réalisé par manque de réelle alternative. Il présente en effet le problème que le codage des cas est effectué, dans la majorité des cas, sur la base de la prise en charge réalisée en soins aigus somatiques, rendant la répartition des cas entre groupes de prestations un peu hasardeuse pour la réadaptation.

6.2 Evaluation des offres reçues

6.2.1 Réponses à l'appel d'offres et mandats de prestations demandés

Onze établissements ont postulé pour obtenir, à partir du 1^{er} janvier 2016, un mandat de prestations dans le domaine de la réadaptation, à savoir:

- Hôpital neuchâtelois (HNE)
- GSMN Neuchâtel SA (GSMN-NE)
- Institution de Lavigny (LAV)
- Hôpital du Valais (HVS)
- REHAB Basel (REHAB)
- Clinique romande de réadaptation (CRR)
- Clinique Le Noirmont (NMT)
- Hôpital du Jura (HJU)
- Clinique bernoise de Montana (CBM)
- Clinique Bethesda (BET)
- Centre suisse des paraplégiques (CSP).

Le détail des mandats de prestations souhaités par ceux-ci ainsi que les capacités offertes sont présentés dans l'Annexe 19.

6.2.2 Analyse du respect des conditions-cadres

Le tableau ci-dessous présente l'analyse qui est réalisée s'agissant du respect des critères impératifs et des conditions générales portant sur l'entier de l'institution pour le domaine de la réadaptation.

Tableau 6: Evaluation des critères impératifs et des conditions générales relatives à l'établissement

	HNE	GSMN-NE	LAV	HVS	CRR	NMT	HJU	CBM	BET	REHAB	CSP
Critères impératifs (art.2)											
a. Autorisations d'exploiter et de pratiquer	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
b. Pérennité et solvabilité	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
d. Qualité	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Conditions-générales (art. 3)											
a. Contrat de prestations	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
b. Obligation d'admission	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
c. Dossier patient informatisé	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
d. Conditions de travail	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
e. Transparence, accès aux données	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
f. Implications en matière de santé publique	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
g. Pérennité de l'institution	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
h. Formation	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
i. Réinsertion/insertion	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
j. Droit des patients	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
k. Marchés publics	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
l. Obligations en cas de cessation d'activité	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Il en ressort que seul GSMN-NE ne remplit pas l'ensemble des conditions. L'explication suivante, également valable pour les soins aigus, peut être donnée.

GSMN-NE: Bien que l'institution se soit engagée à respecter la condition générale relative aux conditions de travail dans le cadre de sa réponse à l'appel d'offres, elle mentionne, dans ses commentaires, que "GSMN-NE n'a pas conclu la CCT Santé 21 mais s'engage à respecter des conditions de travail équivalentes à cette convention collective.". Or, l'exigence posée par le Conseil d'Etat porte sur l'application des conditions de travail de la CCT Santé 21 et non de conditions équivalentes. Appelés à s'expliquer sur l'incohérence existant entre

l'engagement pris et le commentaire formulé, ses dirigeants ont donnée la réponse suivante: "nous considérons respecter l'exigence posée par le Conseil d'Etat car nous estimons que nos conditions de travail actuelles sont équivalentes à celles de la CCT Santé 21". Cette réponse ne permet dès lors pas de considérer que GSMN-NE s'engage sur le respect des conditions de travail imposée par le Conseil d'Etat et, par conséquent, que cette condition générale est remplie.

6.2.3 Analyse du respect des exigences relatives aux domaines de prestations

Tout comme pour les soins somatiques aigus, des exigences spécifiques sont posées à un degré de granularité plus détaillé que la seule institution. Dès lors, les critères de la masse critique et des exigences médicales doivent être évalués au niveau du domaine de prestations. Cette évaluation est présentée à l'Annexe 20, toujours établissement par établissement.

Il en ressort que GSMN-NE, LAV, HVS et CBM ne remplissent pas l'ensemble des exigences posées dans un ou plusieurs domaines de prestations pour lesquels ils ont soumissionné. Les informations sur la masse critique et l'activité moyenne réalisée entre 2012 et 2014 sont présentées à l'Annexe 21.

6.2.4 Analyse des critères d'adjudication

Le système d'évaluation décrit au chapitre 4.3.3 a été appliqué pour définir, parmi les hôpitaux qui sollicitent un mandat de prestations, qui remplissent les critères impératifs et qui s'engagent à respecter les conditions générales posées, lesquels s'en verront octroyer un.

Fort de l'analyse menée aux chapitres 6.2.2 et 6.2.3 et des règles d'évaluation fixées précédemment, il apparaît que, lorsqu'il remplit l'ensemble des exigences, l'HNE se voit attribuer un mandat. C'est le cas pour la réadaptation générale et polyvalente gériatrique, pour la réadaptation musculo-squelettique et la réadaptation neurologique.

Pour la répartition des mandats entre les autres établissements ayant soumissionné et remplissant les exigences fixées, il convient de recourir au système d'évaluation décrit au point 6 du chapitre 4.3.3 et d'appliquer la matrice prévue à cet effet (voir Annexe 7). Les résultats de cette évaluation sont présentés à l'Annexe 22, tenant compte des données fournies par les institutions et décrites à l'Annexe 12 et à l'Annexe 21.

6.2.5 Analyse de la couverture des besoins identifiés

Comme pour les soins aigus, il convient d'aller un cran plus loin que l'analyse menée au chapitre 6.2.4 de manière à s'assurer que les besoins en soins identifiés sont bien couverts par l'offre retenue. Il s'agit ainsi de déterminer si des dérogations doivent être accordées pour s'assurer d'une couverture adéquate des besoins, voire les besoins que le Conseil d'Etat peut admettre comme pouvant ne pas être couverts (voir chapitre 4.2.2).

Octroi de dérogations

Selon le principe retenu au chapitre 4.3.2, le Conseil d'Etat peut admettre l'octroi de mandats de prestations, provisoires, à des établissements qui ne respectent pas l'ensemble des conditions-cadres qu'il a fixées dans le cadre de la présente planification hospitalière, ce pour garantir la couverture des besoins en soins hospitaliers de la population neuchâteloise. Dans le cas présent, une telle dérogation s'avère nécessaire pour la réadaptation

pulmonaire. En effet, le seul soumissionnaire, à savoir l'Hôpital du Valais ne remplit pas le critère du nombre minimum de cas (voir chapitre 6.2.3).

Besoins non couverts

Le Conseil d'Etat a admis que certains besoins, jugés comme faibles, puissent ne pas trouver de réponse directe dans le cadre de la présente liste hospitalière (voir chapitre 4.2.2). En l'occurrence, il n'existe pas de situation répondant aux cas prévus dans ce cadre.

Cela dit, il existe un problème de couverture des besoins dans le domaine de la réadaptation pulmonaire, les besoins LAMal de la population neuchâteloise à planifier s'élevant à 122 cas par année alors qu'une unique candidature a été soumise dans ce domaine, de la part de l'Hôpital du Valais, lequel offre entre 20 et 25 cas.

Conscient des faiblesses de ses prévisions en besoins hospitaliers s'agissant de leur répartition entre domaines de prestations en réadaptation, le Conseil d'Etat admet exceptionnellement cette situation. Il restera cependant très attentif à l'évolution des besoins dans ce domaine. Il sera recouru, si nécessaire, au système des garanties de paiement hors canton pour assurer un accès à ce type de prestations pour les patients neuchâtelois. Il réévaluera la situation au plus tard dans un délai de 3 ans en lien notamment avec le mandat sous conditions qui sera accordé à l'HVS.

Il est enfin relevé que le modèle de répartition retenu peut ne pas tenir compte de certains types de réadaptation spécifiques. Dans de tels cas de figure (par exemple le coma vigile), la prestation restera disponible pour les patients neuchâtelois par le biais des garanties de paiement pour hospitalisations hors canton.

Mandats à plusieurs institutions

Le Conseil d'Etat octroie des mandats aux seuls établissements nécessaires à la couverture des besoins en soins hospitaliers de la population neuchâteloise. Ainsi, si un seul hôpital permet d'assurer cette couverture, un mandat sera confié à cette seule institution. Si les offres de deux établissements sont nécessaires à cette couverture, un mandat sera octroyé à chacune de ces deux institutions. Et ainsi de suite. Dans de tels cas de figure, les autres offres allant au-delà des besoins identifiés ne sont pas retenues.

Une exception est faite pour tenir compte des spécificités des prises en charge dans le domaine de la réadaptation para- et tétraplégique et dans la mesure où les institutions présentaient un score équivalent. Dans ce contexte, un mandat est confié à trois institutions bien qu'une seule aurait suffi pour couvrir les besoins identifiés.

6.3 Attribution des mandats de prestations et projet de liste hospitalière

Fort de ce qui précède, le Conseil d'Etat est en mesure de procéder à l'attribution des mandats de prestations et, partant, d'arrêter sa liste hospitalière pour les années 2016 à 2022. Ces décisions sont présentées à l'Annexe 23. Comme indiqué précédemment, ces mandats de prestations peuvent être assortis d'exigences.

6.3.1 Mandats sous conditions

Comme mentionné au chapitre 6.2.5, le mandat de prestations concernant la réadaptation pulmonaire doit être accordé en dérogation aux conditions-cadres posées par le Conseil d'Etat, de manière à assurer une bonne couverture des besoins. Dans ce cas, un mandat est accordé sous conditions, selon les principes décrits au chapitre 4.4.4.

En l'occurrence, il s'agira d'atteindre le nombre minimum de cas requis au terme des années 2016 et 2017. Passé ce délai, il sera procédé à une évaluation pour vérifier que c'est bien le cas et, si tel n'est pas le cas, le mandat pourra être retiré et un nouvel appel d'offres sera lancé pour le groupe de prestations en question en vue d'une nouvelle attribution d'ici le 1^{er} janvier 2019.

Dans un parallélisme avec ce qui est prévu dans le domaine des soins aigus, les conditions posées ainsi que les délais de mise en conformité seront détaillés dans le cadre du contrat de prestations qui liera l'institution à l'Etat à partir du 1^{er} janvier 2016 (voir chapitre 8.1).

7 PSYCHIATRIE

7.1 Détermination des besoins à couvrir par la liste hospitalière

En application de la démarche présentée au chapitre 4.2, les besoins en soins hospitaliers à couvrir par la liste hospitalière pour les années 2016 à 2022 se montent à plus de 1'500 cas dont la répartition se présente selon le tableau de l'Annexe 24.

7.2 Evaluation des offres reçues

7.2.1 Réponses à l'appel d'offres et mandats de prestations demandés

Deux établissements ont soumissionné pour obtenir, à partir du 1^{er} janvier 2016, un mandat de prestations dans le domaine de la psychiatrie, à savoir:

- Le Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP)
- L'HNE.

Le détail des mandats de prestations souhaités par ceux-ci et des capacités offertes est présenté dans le tableau de l'Annexe 25.

7.2.2 Analyse du respect des conditions-cadres

Comme pour les deux autres secteurs d'activité, une analyse a été menée s'agissant du respect des critères impératifs et des conditions générales portant sur l'entier de l'institution soumissionnant dans le domaine de la psychiatrie. Le tableau 6 ci-dessous fait état des résultats de cette analyse et démontre que les deux établissements respectent les conditions posées.

Tableau 7: Evaluation des critères impératifs et des conditions générales relatives à l'établissement

	HNE	CNP
Critères impératifs (art.2)		
a. Autorisations d'exploiter et de pratiquer	✓	✓
b. Pérennité et solvabilité	✓	✓
d. Qualité	✓	✓
Conditions-générales (art. 3)		
a. Contrat de prestations	✓	✓
b. Obligation d'admission	✓	✓
c. Dossier patient informatisé	✓	✓
d. Conditions de travail	✓	✓
e. Transparence, accès aux données	✓	✓
f. Implications en matière de santé publique	✓	✓
g. Pérennité de l'institution	✓	✓
h. Formation	✓	✓

i. Réinsertion/insertion	✓	✓
j. Droit des patients	✓	✓
k. Marchés publics	✓	✓
l. Obligations en cas de cessation d'activité	✓	✓

7.2.3 Analyse du respect des exigences relatives aux domaines de prestations

Des exigences spécifiques ont également été fixées par le Conseil d'Etat dans le domaine de la psychiatrie pour déterminer la capacité et la disponibilité à remplir son mandat. Celles-ci sont évaluées au niveau du groupe de prestations. Les résultats de cette analyse sont présentés dans le tableau ci-après et certaines explications sont données.

Il en ressort que le CNP ne remplit pas l'ensemble des conditions requises.

Tableau 8: Evaluation des exigences relatives aux domaines de prestations

	HNE	CNP	Remarques
Pédopsychiatrie	✓		
Psychiatrie de l'adolescent		X	CNP: ne dispose pas d'infrastructure et équipement pour des électro-encéphalogrammes. Ne dispose pas de service de consultation en gynécologie, ni en pédiatrie.
Psychiatrie de l'adulte		X	CNP: ne dispose pas d'infrastructure et équipement pour des électro-encéphalogrammes. Ne dispose pas de service de consultation en gynécologie, ni en neurologie.
Psychiatrie de l'âge avancé		X	CNP: ne dispose pas d'infrastructure et équipement pour des électro-encéphalogrammes. Ne dispose pas de service de consultation en gynécologie, ni en neurologie.

7.2.4 Analyse de la couverture des besoins identifiés

Octroi de dérogations

Tenant compte des résultats des évaluations menées aux chapitres 7.2.2 et 7.2.3, il apparaît qu'une dérogation est nécessaire pour garantir la couverture des besoins de la population neuchâteloise dans le cadre des mandats sollicités par le CNP. Celui-ci ne remplissant pas à ce jour l'entier des exigences posées, il lui est demandé de collaborer au niveau interinstitutionnel pour garantir le respect de celles-ci. Ainsi, il devra, d'ici au 30 juin 2016, présenter une convention de collaboration le liant à l'HNE dans les domaines de la gynécologie, de la pédiatrie, de la médecine interne et de la gériatrie ainsi que de la neurologie.

Besoins non couverts

Sur la base de l'analyse réalisée et tenant compte des dérogations accordées ci-dessus, il s'avère qu'il ne devrait pas exister de besoin non couvert si l'on compare les besoins identifiés au chapitre 7.1 et les offres reçues pour chaque groupe de prestations (voir Annexe 25).

7.2.5 Analyse des critères d'adjudication

Dans la mesure où un seul prestataire sollicitait un mandat dans chaque groupe de prestations, il n'a pas été nécessaire de recourir aux critères d'adjudication dans le domaine de la psychiatrie.

7.3 Attribution des mandats de prestations et projet de liste hospitalière

Fort de ce qui précède, les propositions d'attribution des mandats de prestations relevant de la psychiatrie peuvent être résumées dans le tableau de l'Annexe 26.

7.3.1 Mandats sous conditions

Selon les explications présentées au chapitre 7.2.5, les mandats de prestations accordés au CNP sont assortis d'exigences de collaboration. En effet, il s'agit pour le CNP de conclure une convention de collaboration avec l'HNE pour s'assurer l'accès à des prestations de soutien dans le domaine de la gynécologie, de la pédiatrie, de la neurologie ainsi qu'à un équipement pour des électro-encéphalogrammes.

Le délai pour y parvenir est fixé au 30 juin 2016. Passé ce délai, et en l'absence d'une telle convention, le mandat pourra être retiré et un nouvel appel d'offres sera lancé pour le groupe de prestations en question en vue d'une nouvelle attribution d'ici le 1^{er} janvier 2017.

Les conditions posées ainsi que le délai de mise en conformité seront détaillés dans le cadre du contrat de prestations qui liera l'institution à l'Etat à partir du 1^{er} janvier 2016 (voir chapitre 8.1).

8 SUITE DES TRAVAUX

8.1 Contrats de prestations

Lorsque la liste hospitalière découlant du présent rapport aura été arrêtée, le Conseil d'Etat s'attèlera à conclure des contrats de prestations avec l'ensemble des institutions s'étant vues octroyer un mandat.

Le Département des finances et de la santé (DFS) travaille actuellement à l'élaboration d'un tel document. Une première version d'un contrat de prestations-type a été mise en consultation auprès des actuels partenaires hospitaliers de l'Etat au printemps 2015, en parallèle à l'appel d'offre pour la liste hospitalière. Ce document est en cours de révision pour tenir compte, au mieux, des remarques et propositions qui ont été formulées lors de cette consultation. De plus, il doit être complété pour tenir compte des décisions décrites dans le présent rapport concernant l'octroi de mandats de prestations sous conditions (voir chapitres 4.4.4, 5.3.2, 6.3.1 et 7.3.1).

Il est rappelé que le Conseil d'Etat n'entend pas entrer dans des négociations interminables sur ces contrats de prestations dont les conditions seront pour l'essentiel connues à l'avance. Dès lors, en cas d'absence de contrat, le Conseil d'Etat s'est donné les moyens de définir unilatéralement, par le biais d'une décision, les obligations relatives à la fourniture des prestations, et notamment le type, le volume des prestations, les critères de qualité et les modalités de rémunération. Par ailleurs, afin d'éviter dans toute la mesure du possible de recourir à ce type de décisions, le Conseil d'Etat attend de ses partenaires qu'ils aient signé leur contrat de prestations avec l'Etat avant que la liste hospitalière n'entre en vigueur, faute de quoi leur mandat pourra leur être retiré.

8.2 Suivi et contrôle de la planification hospitalière

8.2.1 Réévaluation des mandats de prestations accordés sous conditions

Lorsque des mandats de prestations sont accordés sous conditions, en dérogation des conditions-cadres fixées par le Conseil d'Etat, il est prévu qu'une réévaluation ait lieu pour confirmer le mandat ou pour le retirer et le réattribuer à une autre institution. Ces réévaluations interviendront durant les 3 premières années de validité de la liste hospitalière, en fonction des conditions posées. Dans ces délais, les éventuelles modifications de la liste hospitalière se feront sur la base des besoins identifiés dans le cadre du présent rapport, sauf si ceux-ci devaient s'avérer objectivement sur- ou sous-estimés. L'éventuel appel d'offres ne concernera que le ou les groupes de prestations à repourvoir, pour des quantités spécifiques au mandat retiré, et sera réalisé selon les mêmes règles que celles retenues dans le cadre de la présente planification hospitalière.

8.2.2 Modification des mandats de prestations

La présente planification hospitalière porte sur la période de 2016 à 2022, soit 7 ans. Durant cette période, de nombreuses évolutions peuvent avoir lieu. En outre, la planification hospitalière est un processus vivant qu'il convient de réévaluer régulièrement. Dans son arrêté du 17 décembre 2014, le Conseil d'Etat s'est donné les moyens de modifier le ou les mandats de prestations octroyés dans le cadre du présent rapport si des changements importants surviennent durant la durée de validité de la présente planification, ce sans avoir

à reprendre l'entier du processus d'élaboration de la planification hospitalière. Cette marge de manœuvre que le Gouvernement se donne doit toutefois se limiter à des situations bien précises. Pour rappel, il s'agit notamment de pouvoir réagir en cas de modifications:

- des mandats attribués dans le cadre de la médecine hautement spécialisée (MHS), les cantons ayant délégué leurs compétences de planification dans le domaine à un organe supracantonal; des prestations qui ne sont pas considérées actuellement comme relevant du cadre de la MHS pourraient ultérieurement le devenir;
- des lois en vigueur, tant sur le plan fédéral que cantonal;
- des normes professionnelles pour la reconnaissance de services médicaux;
- de tout autre élément remettant en question la couverture des besoins de la population.

En outre, le Conseil d'Etat pourra considérer des accords conclus entre établissements pendant la durée de validité de la liste et respectant les principes décrits dans le présent rapport comme motif de révision de la liste hospitalière. Il encourage clairement les collaborations interinstitutionnelles dans la mesure où elles visent une amélioration de la qualité des prestations, une meilleure fluidité de la prise en charge du patient et une utilisation judicieuse des ressources.

Dans de tels cas de figure, les mandats de prestations pourront être soit retirés et réattribués, soit modifiés, sans reprendre tout le processus de planification. Le Conseil d'Etat veillera dans tous les cas à ce que les prestations restent disponibles pour les patients neuchâtelois.

8.2.3 Suivi de la gestion des quantités

Comme indiqué au chapitre 4.4.3, le Conseil d'Etat tient à être particulièrement attentif à la question de la gestion des quantités de manière à assurer un accès optimal aux soins pour les patients qui en ont besoin. Il est d'emblée relevé que cet accès ne signifie pas automatiquement le choix de l'hôpital pour le patient qui se voit contraint par les règles de planification, bien que les dispositions de la LAMal lui permettent le libre choix de son hôpital mais avec de possibles risques financiers qui y sont liés.

Le Conseil d'Etat fera des points de situation réguliers avec ses partenaires hospitaliers pour connaître la situation entre les besoins identifiés et la demande réelle dans les domaines couverts par une gestion des quantités. Comme déjà annoncé dans son rapport du 17 décembre 2014: "les quantités attribuées seront périodiquement réévaluées. Il s'agira dans ce cadre de déterminer si les quotas attribués aux différents établissements sont pertinents pour répondre à l'évolution de la demande dans le temps et de vérifier si les taux d'hospitalisations non justifiées ou de réhospitalisations potentiellement évitables suivent une tendance à la baisse. Il sera également observé si les cas d'hospitalisations hors canton dans les groupes de prestations considérés sont en augmentation, en particulier en fin d'année. Il serait en effet contre-productif que l'application du présent outil conduise à des délais d'attente qui pousseraient les patients à privilégier une prise en charge hors canton, remettant ainsi en question la planification établie".

Le Conseil d'Etat entend enfin ouvrir la porte à des dérogations aux quantités fixées, en cours d'année ou pour les années suivantes, si les besoins ont été clairement sous-estimés, la couverture de ceux-ci restant la priorité du Gouvernement.

Le Conseil d'Etat tient encore ici à affirmer qu'il n'admettra aucune sélection de patients par un prestataire de soins. En effet, une telle démarche, contraire à la LAMal et aux principes généraux de planification hospitalière, ne saurait trouver de justification dans l'application d'une gestion des quantités par l'Etat. Celle-ci implique une meilleure planification des cas sur l'année ainsi qu'une information et une orientation adéquates du patient par les prestataires. Une éventuelle sélection des patients résulterait uniquement d'une stratégie d'un prestataire que le Conseil d'Etat combattra fermement, voire sanctionnerait, s'il venait à en avoir connaissance.

8.2.4 Suivi du respect des conditions-cadres

Il est rappelé ici que les établissements se voyant accorder un mandat de prestations par le Conseil d'Etat se sont engagés à entreprendre certaines démarches s'ils devaient cesser une activité couverte par l'un de ces mandats de prestations, à savoir:

- informer le Conseil d'Etat sans délai de sa situation;
- trouver un partenaire disposé à reprendre le mandat de prestations à la date de cessation d'activité et informer le Conseil d'Etat de ses démarches et de leur résultat.

Au-delà de cette situation extrême, il est demandé aux institutions d'informer le Conseil d'Etat de tout changement interne qui impacterait la réalisation des tâches qui leur sont confiées, notamment dans le respect des conditions-cadres fixées par le Conseil d'Etat. Ce dernier se réserve le droit de procéder à des contrôles à ce sujet à tout moment.

Des contrôles seront notamment effectués en 2018 et 2019 qui représentent des délais accordés aux établissements pour obtenir une reconnaissance REKOLE de leur comptabilité analytique, respectivement pour avoir mis en place un dossier patients informatisé.

Si un établissement devait ne plus remplir les conditions-cadres posées pour une raison ou une autre, le mandat de prestations en question pourra lui être retiré et remis au concours, à l'instar de ce qui est prévu dans le cadre des mandats sous conditions (voir chapitre 8.2.1).

9 INCIDENCES FINANCIÈRES

Sans pouvoir présenter des chiffres précis aujourd'hui dans la mesure où les tarifs 2016 ne sont pas encore connus, le Conseil d'Etat tient à relever que les besoins en soins hospitaliers sont en augmentation entre 2012 (année de référence), 2016 et 2022 (durée de la présente planification). Il faut donc s'attendre à une augmentation des coûts à charge de l'Etat pour ces prochaines années.

Ce constat devrait être d'autant plus vrai que des mandats sont accordés à TILIA et à GSMN-NE, pour son site de Montbrillant, qui ne pratiquaient pas jusqu'à présent dans un domaine à charge de l'Etat à mesure qu'ils ne figuraient pas sur la liste hospitalière cantonale. Dès 2016, les prestations fournies par ces établissements et relevant d'un mandat de prestations confié par la présente planification hospitalière seront portées à charge de l'Etat, selon la clé de répartition usuelle (55%).

10 LEVÉE DE L'EFFET SUSPENSIF

La liste hospitalière cantonale est une décision qui peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal administratif fédéral (TAF) (art. 53 LAMal en lien avec l'art. 39 LAMal). La procédure administrative fédérale (PA) applicable en l'occurrence prévoit que le recours a un effet suspensif et que, dès lors qu'il est déposé, la décision attaquée ne peut déployer d'effet tant que le TAF ne s'est pas déterminé. L'autorité inférieure a néanmoins la possibilité de prévoir le retrait de l'effet suspensif dans sa décision (art. 55 al. 2 PA).

Le Conseil d'Etat a considéré qu'il y avait un intérêt public prépondérant à user de cette possibilité. En effet, il existe des motifs très sérieux et un intérêt public prépondérant par rapport à l'intérêt privé de potentiels recourants contre l'arrêté fixant la liste hospitalière cantonale à rejeter les éventuelles demandes d'effet suspensif que pourraient déposer ceux-ci. Ces motifs sont essentiellement d'ordre juridique, mais également de nature financière.

La liste hospitalière actuellement en vigueur a une limite de validité au 31 décembre 2015. Passée cette date et à défaut de disposer d'une nouvelle liste hospitalière, le canton de Neuchâtel se retrouverait dans une situation de vide juridique dans ce domaine. En outre, la simple prorogation de la liste hospitalière actuelle ne peut pas être satisfaisante dans la mesure où certaines institutions n'ont plus sollicité de mandat de prestations de la part du canton (par exemple les Etablissement hospitalier du Nord vaudois – eHnv). Enfin, GSMN-NE n'est plus seulement l'exploitant de l'Hôpital de la Providence, qui est inscrit nomément sur la liste actuelle, mais également de la Clinique Montbrillant qui en est exclue.

Une telle situation de vide juridique signifierait que toutes les institutions du pays pourraient prendre en charge les patients neuchâtelois dans le régime de la LAMal, ce qui aurait des conséquences importantes en termes financiers pour le canton, pour les assurances-maladie et, surtout, pour le contribuable et payeur de primes.

Rappelons encore que la liste hospitalière, selon la LAMal, a un caractère public et un effet de publicité. Son état actuel crée donc une insécurité juridique pour les hôpitaux, les assureurs comme pour les assurés, mais aussi pour les cantons, auquel l'Etat doit remédier dans les plus brefs délais.

Pour toutes ces raisons, il est prévu la levée de l'effet suspensif en cas de recours auprès de Tribunal administratif fédéral contre la liste hospitalière découlant du présent rapport.

11 CONSULTATIONS

11.1 Consultation des partenaires

Une consultation sur un projet de liste hospitalière et de rapport d'accompagnement a été lancée au début du mois de juillet 2015. Dans le respect notamment du droit d'être entendu avant la prise de décision du Conseil d'Etat, l'ensemble des établissements ayant sollicité un mandat de prestations dans le cadre de la présente procédure de planification hospitalière ont été consultés. De plus, les cantons d'implantation de ces hôpitaux l'ont également été, de même que les partenaires associés à cette procédure depuis le début.

De manière générale, les prises de position ont été positives, soutenant la démarche et les propositions formulées par le SCSP.

Certains partenaires ont constaté certaines erreurs dans leur postulation, notamment du fait que l'utilisation du GPPH au niveau des groupes de prestations et les exigences qui y sont liées sont nouvelles, et y ont apporté les corrections nécessaires. Celles-ci impliquent dès lors une modification de l'appréciation des critères et, partant, une modification de l'attribution des mandats dont il est tenu compte dans le présent rapport. En outre, les besoins à couvrir par la liste hospitalière (voir chapitre 4.2) ont été revus à la hausse suite aux remarques d'une institution, impliquant certaines adaptations dans les mandats confiés. Une seconde consultation sur cette nouvelle répartition des mandats a eu lieu auprès des institutions directement concernées.

Un certain nombre de remarques ont été apportées par les partenaires sur le rapport et les explications qui y sont données. Des reformulations, des compléments ou des suppressions ont été apportées au rapport lorsque ces remarques étaient jugées pertinentes.

D'autres remarques portaient essentiellement sur les conditions-cadres utilisées dans la présente procédure (notamment sur les conditions de travail et la masse critique). Or, celles-ci ont été décidées en décembre 2014 par le Conseil d'Etat et n'ont fait l'objet d'aucun recours. Elles sont donc entrées en force et s'appliquent ici. Ces remarques n'ont dès lors pas été retenues, considérant que la consultation menée en été 2015 n'était pas le cadre approprié pour les déposer dans la mesure où elles avaient déjà été appréciées dans le cadre de la consultation sur les conditions-cadres en automne 2014.

Cela dit, quelques explications supplémentaires sont apportées ci-dessous par souci de transparence:

Critique formulée	Explications
Le critère de la masse critique ne peut suffire à justifier de la qualité des postulants.	Il est rappelé que le critère impératif de qualité impose aux hôpitaux de présenter un concept d'assurance qualité. En outre, tout le modèle GPPH s'organise autour de la qualité: titres et disponibilité des médecins, existence d'un service d'urgences, de soins intensifs, de tumorboard, lien entre prestations, etc. Toute la planification hospitalière du Conseil d'Etat s'inscrit dans une optique de contrôle et d'amélioration de la qualité.
Le critère de la masse critique est abusif pour exclure des fournisseurs	Le TAF a déjà admis, dans le cadre de la planification 2012-2014 du canton de Neuchâtel, que l'exclusion des prestataires ne réalisant qu'un nombre limité de cas permet de concentrer

de prestations.	l'offre, ce qui va dans le sens d'une augmentation de la qualité et de l'économicité.
La méthodologie et l'application du nombre minimum de cas est inconsistante.	<p>L'approche du nombre minimum de cas retenue par le Conseil d'Etat se décline en deux niveaux.</p> <p>Dans un premier temps, est évaluée l'activité sur la base de la masse critique au niveau du <u>domaine</u> de prestations qui permet une concentration de l'offre, comme indiqué ci-dessus. Par exemple, en urologie, ce critère implique qu'un établissement doit avoir réalisé au moins 42 cas en moyenne sur les années 2012 à 2014 (5% de l'activité totale concernant les patients neuchâtelois) pour l'ensemble du domaine de prestations. Pour ce critère, l'activité peut être réalisée dans tous les 10 groupes de prestations relevant du domaine de l'urologie.</p> <p>Dans un second temps, il est demandé un nombre minimum de cas par <u>groupe</u> de prestations, critère qui dépend des exigences de qualité de ce groupe fixées par des experts du canton de Zurich, selon le modèle GPPH. Une telle exigence existe dans une trentaine de groupes de prestations sur les 125 existants. Dans notre exemple de l'urologie et pour satisfaire à cette exigence, cela signifie que l'établissement doit avoir réalisé au moins 10 cas relevant du groupe de prestations "Prostatectomie radicale".</p> <p>Il ne s'agit donc pas d'inconsistance mais de deux niveaux différents d'appréciation de la qualité: le premier dans un but de concentrer l'offre dans une activité donnée (ex. urologie) et le second pour assurer une qualité suffisante dans une activité spécifique (ex. prostatectomie radicale).</p>
L'appréciation de la qualité des prestations devrait également se faire selon d'autres critères.	<p>Avec les critères de la masse critique, du concept qualité et des différents aspects du modèle GPPH, le Conseil d'Etat estime avoir tenu compte très largement du critère de la qualité dans le cadre de sa planification hospitalière.</p> <p>Il relève encore que l'application des indicateurs de qualité de l'ANQ ne se prête pas à un exercice de planification hospitalière. En effet, ces mesures mettent en général en évidence des taux attendus et observés. Or, en 2013, prenant l'exemple des réhospitalisations potentiellement évitables, tant l'HNE que GSMN-NE ont un taux observé plus faible que le taux attendu. Aucune conclusion ne peut en être tirée pour la planification hospitalière, si ce n'est que ces deux institutions sont efficaces de ce point de vue. Ces indicateurs ont une utilité pour l'institution dans un but d'amélioration continue de la qualité. Ils seront d'ailleurs relevés annuellement une fois la liste hospitalière arrêtée dans la mesure où le Conseil d'Etat en a fait une condition générale dans son arrêté de décembre 2014.</p>
Il n'a pas été jugé utile de respecter les critères d'économicité pour l'attribution des mandats	<p>Il est renvoyé aux chapitres 4.3.3, 5.2.4 et 6.2.4 qui présentent dans quelle mesure ce critère a été apprécié, toujours dans l'application des conditions-cadres fixées par le Conseil d'Etat en décembre 2014.</p> <p>A titre de comparaison, l'exercice a été fait d'appliquer la méthode retenue par le canton de Fribourg pour déterminer le</p>

	<p>caractère économique des institutions ayant participé à son processus de planification hospitalière. Ce canton, comme celui de Zurich, admet qu'un hôpital est considéré comme non économique lorsque son coût par cas pondéré (à la lourdeur des cas) est de 15% au-dessus du coût moyen de l'ensemble des hôpitaux évalués. En l'occurrence, l'application de cette méthode aux données communiquées par les hôpitaux dans le canton de Neuchâtel nous permet d'aboutir à la conclusion que tous les hôpitaux ayant soumissionné sont économiques, qu'on retienne le coût moyen SwissDRG national (11'085.-) ou ce même coût pour les seuls hôpitaux ayant postulé (11'136.-). Il en serait de même si la marge d'appréciation devait être abaissée à 10%.</p>
--	---

11.2 Consultation du Conseil de santé

Lors de sa séance du 17 septembre 2015, le Conseil de santé a été consulté sur ce projet de liste hospitalière, comme il l'avait d'ailleurs été lors des deux premières phases de la présente planification hospitalière.

Cet organe consultatif a, à la grande majorité des membres présents, préavisé favorablement le projet de liste hospitalière et de rapport explicatif qui lui étaient proposés (15 pour, 1 contre et 1 abstention).

La qualité du travail présenté a été louée et quelques demandes de précisions ont été formulées. En particulier, des préoccupations ont été émises en lien avec l'application d'une gestion des quantités. Les explications fournies dans le présent rapport apportent les réponses nécessaires à ces questions et préoccupations.

L'opposition au projet présenté porte essentiellement sur l'application des critères liés aux conditions de travail et à la masse critique. Etant fixés dans un arrêté en vigueur et qui n'a pas été contesté juridiquement, ces critères sont aujourd'hui applicables.

Il a par ailleurs été demandé que le Conseil d'Etat puisse jouer un rôle de facilitateur lorsqu'il demande qu'une convention soit conclue entre différents prestataires. Le Conseil d'Etat en a pris note.

Le modèle GPPH est jugé difficile à appliquer sur le terrain pour les hôpitaux s'agissant du Paquet de base (PB) qui comprend un grand nombre de prestations. Le Conseil d'Etat rappelle que le modèle GPPH est un outil de planification étatique et non pas un outil d'organisation au sein d'un hôpital qui reste de la responsabilité de l'établissement. Ce modèle, élaboré avec une centaine d'experts, est utilisé dans une vingtaine de cantons suisses.

12 CONCLUSIONS

Après la réalisation des deux premières étapes au début et à la fin de l'automne 2014, le Conseil d'Etat est aujourd'hui satisfait de pouvoir mettre un terme à la troisième et dernière étape de ce processus engagé il y a plus de 18 mois. En effet, bien que seuls les éléments d'analyses les plus importants soient présentés dans le présent rapport, il s'avère que l'élaboration d'une planification hospitalière est un travail complexe et astreignant qui a nécessité une forte implication de l'administration cantonale, de même que des établissements concernés.

Le Conseil d'Etat estime avoir parfaitement rempli ses objectifs et ceux confiés par la LAMal et ses ordonnances d'application. En particulier, il couvre les besoins identifiés de la population neuchâtelois et assure une équité de traitement entre les différentes institutions ayant soumissionné pour obtenir un mandat public de prestations. Il a veillé à appliquer les conditions-cadres qu'il avait préalablement fixées et qui n'ont pas été contestées juridiquement. Dans ce cadre, il a dû procéder à certains arbitrages et admettre qu'il ne pouvait pas toujours s'appuyer uniquement sur des partenaires respectant l'ensemble des conditions-cadres, devant ainsi autoriser certaines dérogations. Celles-ci sont toutefois provisoires et ne doivent dès lors pas s'inscrire dans la durée.

Avec la présente planification hospitalière, le Conseil d'Etat réaffirme également sa volonté de voir le tissu économique et sanitaire neuchâtelois se consolider, et même se développer. Il relève notamment que l'HNE reçoit 79 mandats de prestations, que GSMN-NE en reçoit 16 (dans les 4 mêmes domaines de prestations qu'aujourd'hui) dont l'ophtalmologie pour laquelle il a un mandat cantonal et l'orthopédie pour laquelle il occupe une place importante. Des prestations de maison de naissance sont désormais disponibles pour les patients neuchâtelois avec le mandat accordé à TILIA.

Cela étant, le travail en lien avec la planification hospitalière ne s'arrête pas avec la présentation de ce rapport et la décision sur la liste hospitalière. Différents contrôles et d'éventuelles adaptations à la marge seront nécessaires tout au long de la durée de validité de la liste hospitalière, dans un souci de répondre au mieux à la préoccupation permanente du Conseil d'Etat d'assurer un accès à des soins de qualité à l'ensemble de la population neuchâteloise.

Dans les limites posées par les conditions définies pour l'établissement de la présente planification, le Conseil d'Etat se montrera aussi ouvert à des adaptations permettant de tenir compte d'éventuels nouveaux accords qui interviendraient entre prestataires, nécessitant soit des autorisations de déléguer l'exécution de certaines prestations, soit une révision de l'attribution de certaines missions. Ce faisant, le Conseil d'Etat souhaite souligner son attachement à une saine coopération entre les acteurs du réseau sanitaire; coopération qu'il entend par ailleurs stimuler par diverses initiatives indépendantes de l'établissement de la présente liste.

Pour conclure, le Conseil d'Etat remercie ses partenaires hospitaliers d'avoir participé activement à ce long processus de planification hospitalière et compte sur eux pour s'inscrire dans les meilleures conditions possibles, dès le 1^{er} janvier 2016, dans ce nouveau mode de collaboration qui leur est dicté.

13 ANNEXES

Annexe 1 Conditions-cadres fixées par le Conseil d'Etat

1. Critères impératifs:

- a. Autorisations d'exploiter et de pratique: l'établissement doit être au bénéfice d'une autorisation cantonale d'exploiter et son personnel soumis à autorisation de pratiquer doit disposer des autorisations appropriées.
- b. Disponibilité et capacité: l'établissement doit garantir sa disponibilité et sa capacité à remplir son mandat de prestations. Il doit remplir l'ensemble des conditions posées pour chacun des groupes de prestations définis dans le cadre de la planification hospitalière.
- c. Pérennité et solvabilité: l'établissement est tenu de présenter des garanties suffisantes de pérennité et de solvabilité. Ce critère est considéré comme rempli lorsque l'existence de l'établissement est fixée dans une loi cantonale ou si les ratios financiers ou les attestations fournies le démontrent.
- d. Qualité: l'établissement doit déployer un concept institutionnel d'assurance qualité portant notamment sur la détection d'événements indésirables ainsi que sur la prévention et le contrôle des infections. Il doit en outre justifier d'une masse critique et d'une activité suffisantes; sur les trois dernières années, il doit avoir fourni un nombre de prestations minimum équivalent à 5% de tous les cas de la population neuchâteloise durant l'année de référence (2012) et avoir traité au moins 10 cas dans le domaine de prestations considéré. S'agissant de l'activité des maisons de naissance, elle est évaluée sur la base du groupe de prestations spécifique à ce secteur.

2. Conditions générales:

- a. Contrat de prestations: l'établissement doit être signataire d'un contrat de prestations conclu avec l'Etat pour la formalisation des engagements des deux parties. A défaut, l'Etat peut, par décision, imposer les obligations relatives à la fourniture des prestations.
- b. Obligation d'admission: dans les limites de son mandat et de ses capacités disponibles, l'établissement est tenu de prendre en charge, sans discrimination aucune, tous les patients LAMal résidant dans le canton de Neuchâtel; l'obligation d'admission est considérée comme remplie si les prestations sont financées pour au moins 50% de ces patients exclusivement par l'assurance obligatoire des soins dans le domaine de prestations considéré.
- c. Dossier patient informatisé: l'établissement est tenu de mettre en place d'ici au 1^{er} janvier 2019 et d'exploiter un dossier patient informatisé, comprenant un système d'aide à la prescription électronique des médicaments, dont l'interopérabilité sur le plan technique est assurée dans le respect des principes prescrits par la stratégie cybersanté de la Confédération et par la nouvelle loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEIP) en cours d'examen et de ses dispositions d'exécution sur le plan fédéral et éventuellement cantonal.
- d. Conditions de travail: l'établissement est tenu de respecter les conditions prévues par la Convention collective de travail Santé 21 de droit public ou de droit privé. L'établissement sis hors canton est tenu de respecter les conditions prévues par une

convention collective de travail ou des normes applicables dans son canton d'implantation.

- e. **Transparence, accès aux données:** l'établissement est tenu de fournir les informations nécessaires à la définition de la planification hospitalières et au contrôle de son respect, à l'élaboration de la liste hospitalière, à la négociation et à l'évaluation des mandats et contrats de prestations, notamment les budgets et les comptes annuels ainsi que les statistiques d'activité et les indicateurs de qualité. Il se soumet à la révision annuelle de son codage médical et applique en outre les standards de la branche fixés par H+ s'agissant de sa comptabilité financière et analytique ainsi que du benchmarking tarifaire (ITAR_K). Il doit être certifié REKOLE® d'ici au 1^{er} janvier 2018.
- f. **Implications en matière de santé publique:** l'établissement doit participer aux efforts de lutte contre les maladies transmissibles ainsi que de prévention et de contrôle des infections, de même qu'à des programmes de prévention et de promotion de la santé en lien avec son mandat de prestations. Celui disposant d'un service de soins intensifs doit démontrer avoir pris les mesures requises par la législation fédérale sur les transplantations en matière de don d'organes.
- g. **Pérennité de l'institution:** l'établissement présente des garanties suffisantes de pérennité sur toute la période de planification, en termes financiers ainsi que d'infrastructures et d'équipements.
- h. **Formation:** l'établissement est tenu de participer à l'effort de formation du personnel de santé non universitaire et des médecins dans le cadre défini par le Conseil d'Etat. Il doit en outre, par analogie aux objectifs en la matière fixés par l'Etat pour l'administration cantonale et pour les formations certifiantes, former un quota minimum d'apprentis de 4%. Pour pouvoir s'y soustraire, un accord doit être conclu avec le Conseil d'Etat.
- i. **Réinsertion/insertion:** l'établissement est tenu de participer à l'effort de réinsertion et d'insertion professionnelles dans le cadre défini par le Conseil d'Etat.
- j. **Droits des patients:** l'établissement est tenu de respecter les droits des patients garantis par la législation fédérale et cantonale, notamment le droit à l'information ainsi qu'au consentement libre et éclairé du patient; à cet effet, il prend notamment des mesures de formation à la langue française pour son personnel qui ne la maîtrise pas suffisamment.
- k. **Marchés publics:** l'établissement est tenu, dans les domaines couverts par un mandat de prestations cantonal, d'appliquer les règles intercantionales ou internationales en matière de marchés publics.
- l. **Obligations en cas de cessation d'activité:** l'établissement doit s'engager formellement à entreprendre certaines démarches en cas de cessation d'activité, à savoir informer le Conseil d'Etat sans délai de sa situation et trouver un partenaire disposé à reprendre le mandat de prestations à la date de cessation d'activité.

3. Critères d'adjudication:

- a. **Economicité:** l'établissement doit fournir des prestations efficaces et économiques; l'évaluation est menée sur la base des coûts unitaires de l'institution.
- b. **Qualité:** l'établissement doit fournir des prestations de qualité; l'évaluation est menée sur la base du nombre de prestations fournies pour chaque domaine de prestations ainsi que de l'existence et de la nature des collaborations existantes avec d'autres hôpitaux reconnus comme centres de compétences dans le domaine considéré.

- c. Accessibilité: l'établissement doit assurer un accès des patients au traitement dans un délai utile; l'évaluation est menée sur la base du temps d'accès moyen à l'hôpital pour la population neuchâteloise ainsi que du délai garanti entre l'indication et la réalisation des prestations électives.
- d. Langue: l'établissement doit être capable d'assurer une prise en charge, qui respecte le droit à l'information du patient et le consentement de celui-ci, en langue française; l'évaluation est menée sur la base des preuves fournies par l'hôpital.

Annexe 2 Besoins globaux en soins hospitaliers – domaine des soins aigus

Domaines de prestation	Groupes de prestations		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Paquet de base	BP	Paquet de base	8'371	8'377	8'391	8'396	8'400	8'401	8'414
Paquet de base programmé	BPE	Paquet de base programmé							
Dermatologie	DER1	Dermatologie (y c. vénéréologie)	34	33	32	32	32	31	30
	DER1.1	Oncologie dermatologique	26	26	25	24	24	22	21
	DER1.2	Affections cutanées graves	3	3	3	2	2	2	2
	DER2	Traitement des plaies	46	46	47	46	46	47	47
Oto-rhino-laryngologie	HNO1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	289	277	264	252	239	226	213
	HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale	86	87	87	87	87	87	87
	HNO1.1.1	Interventions ORL complexes (chirurgie tumorale interdisciplinaire)	4	4	4	4	4	4	4
	HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus	132	126	121	117	111	105	100
	HNO1.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)	7	7	7	8	8	8	8
	HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympaanoplasie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)	25	23	22	20	19	17	15
	HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère	0	0	0	0	0	0	0
	HNO1.3.2	Implants cochléaires (CIMHS)							
	HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	74	74	74	74	75	75	76
	KIE1	Chirurgie maxillaire	33	33	33	32	32	31	30
Neurochirurgie	NCH1	Neurochirurgie crânienne	44	44	44	44	44	44	44
	NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée	8	8	8	8	8	8	8
	NCH2	Neurochirurgie spinale							
	NCH3	Neurochirurgie périphérique							
Neurologie	NEU1	Neurologie	122	118	116	114	111	108	105
	NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux	28	28	29	29	29	29	29
	NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)	34	34	35	35	35	36	35
	NEU3	Maladies cérébrovasculaires	359	365	369	372	378	382	385
	NEU3.1	Maladies cérébrovasculaires avec stroke unit (CIMHS)							
	NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe	12	12	13	12	12	12	12

	NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe	13	12	12	12	11	11	11
Ophthalmologie	AUG1	Ophtalmologie	28	27	27	26	25	25	24
	AUG1.1	Strabologie	0	0	0	0	0	0	0
	AUG1.2	Orbite, Paupières, Voies lacrimales ¹	8	7	7	6	5	5	4
	AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur ²	14	13	13	12	11	10	10
	AUG1.4	Cataracte ³	66	61	55	50	44	40	34
	AUG1.5	Affections du corps vitré/de la cornée ⁴	37	37	37	38	38	38	38
Endocrinologie	END1	Endocrinologie	71	72	72	73	73	73	74
Gastroentérologie	GAE1	Gastroentérologie	578	581	583	584	587	589	592
	GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée	88	89	90	90	91	90	92
Chirurgie viscérale	VIS1	Chirurgie viscérale	198	199	200	201	203	204	206
	VIS1.1	Interventions majeures sur le pancréas (CIMHS)							
	VIS1.2	Interventions majeures sur le foie (CIMHS)							
	VIS1.3	Chirurgie de l'œsophage (CIMHS)							
	VIS1.4	Chirurgie bariatrique	10	10	10	9	9	9	9
	VIS1.4.1	Chirurgie bariatrique spécialisée (CIMHS)							
	VIS1.5	Interventions sur le bas rectum (CIMHS)							
Hématologie	HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	64	63	64	64	64	64	64
	HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	8	8	8	7	7	7	7
	HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	98	98	98	99	99	99	99
	HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	40	41	42	42	43	44	43
	HAE4	Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques	3	3	3	3	3	3	3
	HAE5	Transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques (CIMHS)	3	3	3	3	3	3	3
Vaisseaux	GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	71	71	73	74	74	75	76
	ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artérielles)	57	58	59	59	60	62	62
	GEF2	Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux	31	31	32	31	31	32	32
	ANG2	Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux	75	75	76	77	78	78	79
	GEF3	Chirurgie carotidienne	26	27	28	28	29	29	29
	ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens	6	6	6	6	6	6	6
	GEF4	Chirurgie vasculaire des vaisseaux intracrâniens (interventions électives, excl. AVC)	3	3	3	3	3	3	3

	ANG4	Interventions sur les vaisseaux intracrâniens (interventions électives, excl. AVC)	18	18	18	18	18	18	18
	RAD1	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)	32	32	33	32	32	33	33
Cœur	HER1	Chirurgie cardiaque simple	3	3	3	3	3	3	3
	HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	63	64	65	66	67	68	69
	HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)	82	83	84	85	87	87	87
	HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe	7	7	7	7	7	7	8
	HER1.1.3	Chirurgie et interventions de l'aorte thoracique							
	HER1.1.4	Chirurgie de la valve aortique							
	HER1.1.5	Chirurgie de la valve mitrale							
	KAR1	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)	89	90	92	94	95	97	99
	KAR1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	660	660	660	658	658	658	659
	KAR1.1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)	59	60	61	61	61	61	62
	KAR1.2	Electrophysiologie (ablations)	33	34	34	34	35	35	35
	KAR1.3	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)	42	43	44	44	45	46	46
	Néphrologie	NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	153	155	155	156	157	158
Urologie	URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	671	670	672	668	666	666	664
	URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	92	93	93	93	94	94	94
	URO1.1.1	Prostatectomie radicale	19	19	19	19	19	19	20
	URO1.1.2	Cystectomie radicale	11	11	12	11	11	11	11
	URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	35	36	36	36	36	37	37
	URO1.1.4	Surrénalectomie isolée	1	1	1	1	1	1	1
	URO1.1.5	Plastie reconstructive de la jonction pyélo-urétérale	1	1	1	1	1	1	1
	URO1.1.6	Plastie reconstructive de l'urètre	9	9	9	9	10	10	10
	URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	2	2	2	2	2	2	2
	URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	4	4	4	4	4	4	4
Pneumologie	PNE1	Pneumologie	529	532	535	539	541	545	549

	PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	3	3	3	2	2	2	2
	PNE1.2	Evaluation avant ou status après transplantation	9	9	9	8	9	9	9
	PNE1.3	Mucoviscidose	16	16	15	15	14	14	13
	PNE2	Polysomnographie	8	9	9	9	9	9	8
Chirurgie thoracique	THO1	Chirurgie thoracique	40	41	41	41	41	41	41
	THO1.1	Néoplasmes malins du système respiratoire (résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	18	18	18	17	17	17	18
	THO1.2	Chirurgie du médiastin	3	3	3	3	3	3	3
Transplantations	TPL1	Transplantations cardiaques (CIMHS)							
	TPL2	Transplantations pulmonaires (CIMHS)							
	TPL3	Transplantations hépatiques (CIMHS)							
	TPL4	Transplantations pancréatiques (CIMHS)							
	TPL5	Transplantations rénales (CIMHS)							
	TPL6	Transplantations intestinales							
	TPL7	Transplantation de rate							
Orthopédie	BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	494	496	499	500	501	503	505
	BEW2	Orthopédie	159	154	150	145	140	135	129
	BEW3	Chirurgie de la main	96	96	96	95	95	95	95
	BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	22	22	22	22	22	22	22
	BEW5	Arthroscopie du genou	496	474	453	430	407	385	363
	BEW6	Reconstruction de membres supérieurs	258	260	264	267	268	270	271
	BEW7	Reconstruction de membres inférieurs	800	811	825	837	848	860	873
	BEW8	Chirurgie de la colonne vertébrale	420	422	428	433	437	440	444
	BEW8.1	Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale	39	40	40	40	41	41	41
	BEW9	Tumeurs osseuses	0	0	0	0	0	0	0
	BEW10	Chirurgie du plexus	7	7	7	7	7	7	7
BEW11	Réimplantations	2	2	2	2	2	2	2	
Rhumatologie	RHE1	Rhumatologie	80	79	78	78	76	75	73
	RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire	18	18	18	18	18	18	19
Gynécologie	GYN1	Gynécologie	356	352	348	342	339	334	330
	GYN1.1	Néoplasmes malins de la vulve et du vagin	4	4	5	5	5	5	5
	GYN1.2	Néoplasmes malins du col de l'utérus	2	2	2	2	2	2	2
	GYN1.3	Néoplasmes malins du corps utérin	53	54	54	55	55	56	56
	GYN1.4	Néoplasmes malins de l'ovaire	14	14	14	14	13	13	13
	GYN2	Néoplasmes malins de la glande mammaire	230	232	235	236	238	240	241

	PLC1	Interventions liées à la transsexualité	3	3	3	3	3	3	3
Obstétrique	GEBH	Maisons de naissance (à partir de la 37e sem.)	31	31	31	31	31	31	32
	GEB1	Soins de base en obstétrique (à partir de la 34e semaine et >= 2000g)	2070	2085	2100	2112	2125	2133	2140
	GEB1.1	Obstétrique (à partir de la 32e semaine et >= 1250g)	40	40	40	41	41	41	41
	GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée	15	15	15	15	15	15	15
Nouveau-nés	NEO1	Soins de base aux nouveau-nés (dès âge gestationnel 34 0/7 SA et PN 2000g)	1911	1920	1928	1936	1941	1943	1943
	NEO1.1	Néonatalogie (dès âge gestationnel 32 0/7 SA et PN 1250g)	31	32	32	31	31	31	31
	NEO1.1.1	Néonatalogie spécialisée (dès âge gestationnel 28 0/7 SA et PN 1000g)	93	93	93	93	93	93	93
	NEO1.1.1.1	Néonatalogie très spécialisée (âge gestationnel <28 0/7 SA et PN <1000g)							
(Radio-)oncologie	ONK1	Oncologie	108	108	110	109	109	110	110
	RAO1	Radio-oncologie	90	90	91	91	92	93	93
	NUK1	Médecine nucléaire	42	41	41	41	41	40	40
Traumatismes graves	UNF1	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)	44	45	45	45	45	45	45
	UNF1.1	Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes cranio-cérébraux)	3	3	3	3	3	3	3
	UNF2	Brûlures étendues (CIMHS)							
Total			22'193	22'209	22'253	22'239	22'243	22'235	22'231

■ : prestations relevant de la MHS dont les besoins n'ont pas été évalués puisque non concernés par la planification hospitalière cantonale.

Annexe 3 Besoins globaux en soins hospitaliers – domaine des soins de réadaptation

Groupes de prestations de réadaptation	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Musculo-squelettique	963	969	978	983	989	997	1'003
Cardiovasculaire	442	439	438	437	433	431	431
Pulmonaire	170	171	171	171	170	169	170
Neurologique	235	236	237	237	238	240	240
Paraplégique et tétraplégique	34	35	36	36	36	37	38
Générale et polyvalente gériatrique	694	698	701	705	711	716	720
Somme des 6 groupes	2'538	2'548	2'561	2'569	2'577	2'590	2'602

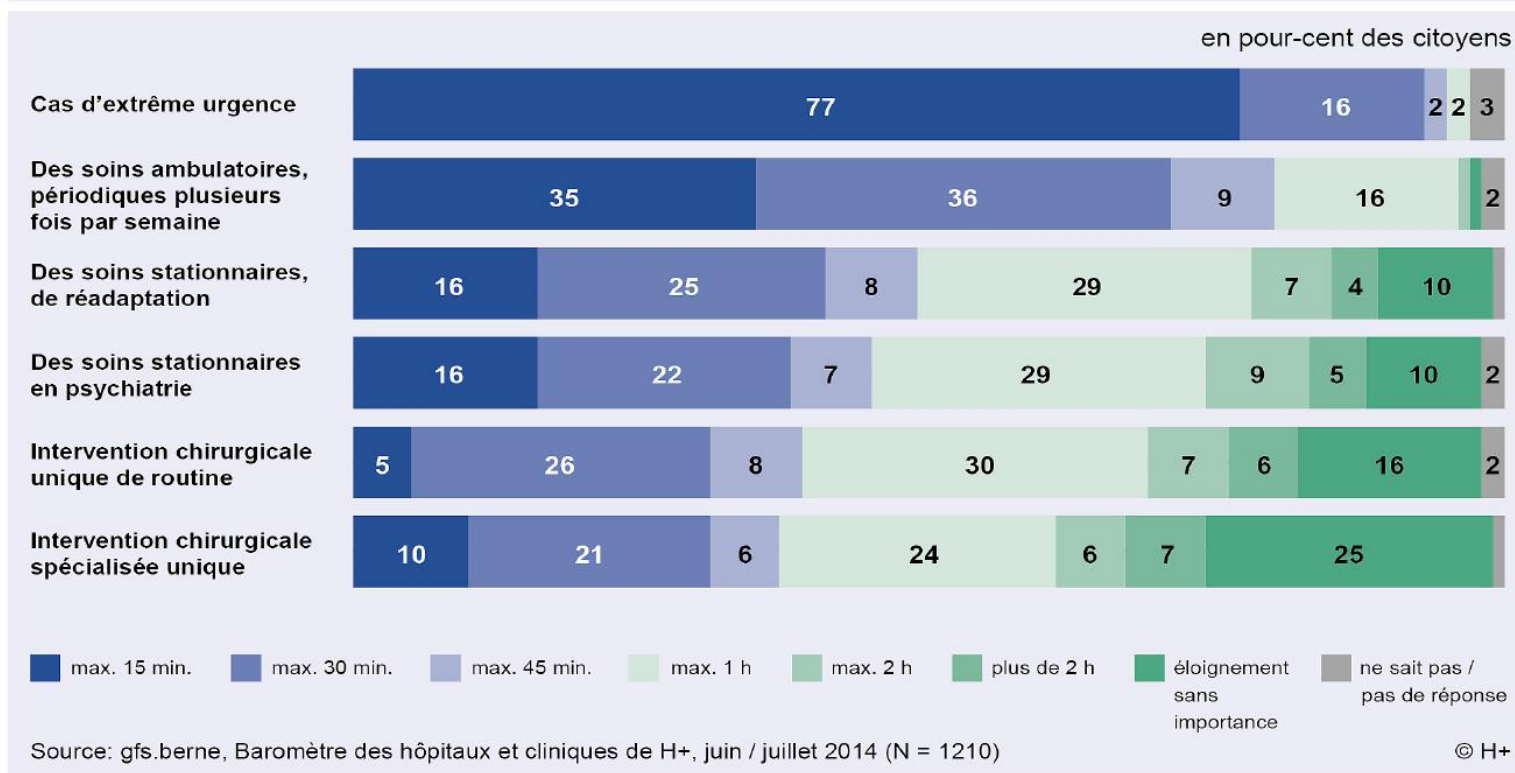
Annexe 4 Besoins globaux en soins hospitaliers – domaine des soins de psychiatrie

Groupes de prestations	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Pédopsychiatrie	36	36	36	36	36	36	36
Psychiatrie de l'adolescent	73	72	72	73	73	75	75
Psychiatrie de l'adulte	1'127	1'142	1'157	1'170	1'182	1'196	1'208
Psychiatrie de l'âge avancé et psychogériatrie	369	380	391	401	412	424	437
Somme des 4 groupes	1'605	1'630	1'656	1'680	1'703	1'731	1'756

Annexe 5 Temps d'accès aux prestations acceptables pour la population

Attentes envers l'hôpital – Distance acceptable

«Supposons que vous ayez besoin de l'une des prestations médicales suivantes pour une intervention élective. Combien de temps seriez-vous prêt(e) à investir au maximum pour le trajet aller avec les moyens de transport dont vous avez l'habitude? Au maximum 15 minutes, 30 minutes, 45 minutes, 1 heure, 2 heures ou plus de 2 heures? Si l'éloignement de l'hôpital ou de la clinique ne compte pas pour vous, n'hésitez pas à me le signaler.»



Annexe 6 Grilles d'évaluation des critères d'adjudication, pour le domaine des soins aigus

Critères	Qualité		Economicité				Accessibilité					
	Volumes (en %)		Collaborations		(en %)		Délais (en jours)					
	Note	Principe	Borne inférieure	Borne supérieure	Principe	Réponse	Principe	Borne inférieure	Borne supérieure	Principe	Borne inférieure	Borne supérieure
0	L'établissement n'offrait pas ce groupe de prestations entre 2012 et 2014			Aucune collaboration n'existe dans ce groupe de prestations	Non	-				Le groupe de prestations considéré ne relève pas du domaine électif		
1	L'établissement a réalisé, en moyenne annuelle 2012-2014, une activité équivalent à moins de 10% des besoins identifiés pour ce groupe de prestations	0%	10%	Une collaboration formelle existe avec un autre hôpital dans ce groupe de prestations	Oui	L'établissement présente un coût moyen par cas supérieur de plus de 10% au coût moyen national	10%	100%		L'établissement garantit une prise en charge dans un délai supérieur à 60 jours entre l'indication et la réalisation effective de la prestation	60	-
2	L'établissement a réalisé, en moyenne annuelle 2012-2014, une activité équivalent à entre 10% et 25% des besoins identifiés pour ce groupe de prestations	10%	25%	-	-	L'établissement présente un coût moyen par cas supérieur mais de moins de 10% au coût moyen national	0%	10%		L'établissement garantit une prise en charge dans un délai inférieur à 60 jours mais supérieur à 30 jours entre l'indication et la réalisation effective de la prestation	30	60
3	L'établissement a réalisé, en moyenne annuelle 2012-2014, une activité équivalent à entre 25% et 50% des besoins identifiés pour ce groupe de prestations	25%	50%	-	-	L'établissement présente un coût moyen par cas inférieur mais de moins de 10% au coût moyen national	-10%	0%		L'établissement garantit une prise en charge dans un délai inférieur à 30 jours mais supérieur à 15 jours entre l'indication et la réalisation effective de la prestation	15	30
4	L'établissement a réalisé, en moyenne annuelle 2012-2014, une activité équivalent à plus de 50% des besoins identifiés pour ce groupe de prestations	50%	100%	-	-	L'établissement présente un coût moyen par cas inférieur de plus de 10% au coût moyen national	-100%	-10%		L'établissement garantit une prise en charge dans un délai inférieur à 15 jours entre l'indication et la réalisation effective de la prestation	1	15
Pondérations		1		1			1			1		
			1				1			1		

Annexe 7 Grilles d'évaluation des critères d'adjudication, pour le domaine de la réadaptation

Critères	Qualité			Economicité			Accessibilité				
	Volumes (en %)		Borne supérieure	Collaborations		(en %)		Distances (en minutes)			
	Principe	Borne inférieure		Principe	Réponse	Principe	Borne inférieure	Borne supérieure	Principe	Borne inférieure	Borne supérieure
0	L'établissement n'offrait pas ce groupe de prestations entre 2012 et 2014			Aucune collaboration n'existe dans ce groupe de prestations	Non	-					
1	L'établissement a réalisé, en moyenne annuelle 2012-2014, une activité équivalent à moins de 10% des besoins identifiés pour ce groupe de prestations	0%	10%	Une collaboration formelle existe avec un autre hôpital dans ce groupe de prestations	Oui	L'établissement présente un coût moyen par cas supérieur de 30% ou plus au tarif de référence 2015 neuchâtelois	30%	1000%	L'établissement se situe à plus de 90 minutes du lieu de référence cantonal (Cernier)	90	1000
2	L'établissement a réalisé, en moyenne annuelle 2012-2014, une activité équivalent à entre 10% et 25% des besoins identifiés pour ce groupe de prestations	10%	25%	-	-	L'établissement présente un coût moyen par cas supérieur de 15% mais de moins de 30% au tarif de référence 2015 neuchâtelois	15%	30%	L'établissement se situe à entre 60 et 90 minutes du lieu de référence cantonal (Cernier)	60	90
3	L'établissement a réalisé, en moyenne annuelle 2012-2014, une activité équivalent à entre 25% et 50% des besoins identifiés pour ce groupe de prestations	25%	50%	-	-	L'établissement présente un coût moyen par cas supérieur mais de moins de 15% au tarif de référence 2015 neuchâtelois	0%	15%	L'établissement se situe à entre 30 et 60 minutes du lieu de référence cantonal (Cernier)	30	60
4	L'établissement a réalisé, en moyenne annuelle 2012-2014, une activité équivalent à plus de 50% des besoins identifiés pour ce groupe de prestations	50%	100%	-	-	L'établissement présente un coût moyen par cas inférieur au tarif de référence 2015 neuchâtelois	-100%	0%	L'établissement se situe à moins de 30 minutes du lieu de référence cantonal (Cernier)	0	30
Pondérations		1			1		1			1	
			1				1			1	

Annexe 8 Besoins hospitaliers à couvrir par la liste hospitalière, dans le domaine des soins aigus

Domaines de prestation		Groupes de prestations	Part de cas à ne pas couvrir	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Paquet de base programmé	BP	Paquet de base	15.3%	7'093	7'098	7'110	7'114	7'118	7'119	7'130
Paquet de base programmé	BPE	Paquet de base programmé	-	-	-	-	-	-	-	-
Dermatologie	DER1	Dermatologie (y c. vénéréologie)	16.5%	28	28	27	27	27	26	25
	DER1.1	Oncologie dermatologique	14.3%	22	22	21	21	21	19	18
	DER1.2	Affections cutanées graves	4.0%	3	3	3	2	2	2	2
	DER2	Traitement des plaies	4.0%	44	44	45	44	44	45	45
Oto-rhino-laryngologie	HNO1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	14.2%	253	243	233	223	213	202	190
	HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale	14.0%	75	75	75	75	76	76	76
	HNO1.1.1	Interventions ORL complexes (chirurgie tumorale interdisciplinaire)	12.0%	4	4	4	4	4	4	4
	HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus	14.5%	114	109	105	101	96	92	87
	HNO1.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)	12.0%	6	6	6	7	7	7	7
	HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympaanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)	14.7%	21	20	19	17	16	14	13
	HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère	12.0%	0	0	0	0	0	0	0
	HNO1.3.2	Implants cochléaires (CIMHS)	12.0%	4	4	4	4	4	4	4
	HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	12.8%	65	65	65	65	65	66	67
	KIE1	Chirurgie maxillaire	16.3%	28	28	28	27	27	26	25
Neurochirurgie	NCH1	Neurochirurgie crânienne	14.6%	38	38	38	38	38	38	38
	NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée	23.3%	6	6	6	6	6	6	6
	NCH2	Neurochirurgie spinale	8.0%	0	0	0	0	0	0	0
	NCH3	Neurochirurgie périphérique	8.0%	0	0	0	0	0	0	0

Neurologie	NEU1	Neurologie	7.3%	113	109	108	106	103	100	97
	NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux	7.3%	26	26	27	27	27	27	27
	NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)	5.1%	32	32	33	33	33	34	33
	NEU3	Maladies cérébrovasculaires	6.0%	338	343	347	350	355	359	362
	NEU3.1	Maladies cérébrovasculaires avec stroke unit (CIMHS)	4.0%	0	0	0	0	0	0	0
	NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe	12.7%	10	10	11	10	10	10	10
	NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe	4.0%	12	12	12	12	11	11	11
Ophtalmologie	AUG1	Ophtalmologie	10.4%	25	25	24	23	23	22	22
	AUG1.1	Strabologie	7.0%	0	0	0	0	0	0	0
	AUG1.2	Orbite, Paupières, Voies lacrimales	7.0%	7	7	7	6	5	5	4
	AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur	9.3%	13	12	12	11	10	9	9
	AUG1.4	Cataracte	10.9%	59	54	49	45	40	36	30
	AUG1.5	Affections du corps vitré/de la cornée	7.0%	34	34	34	35	35	36	35
Endocrinologie	END1	Endocrinologie	3.9%	68	69	69	70	70	70	71
Gastroentérologie	GAE1	Gastroentérologie	2.6%	563	566	568	569	572	574	577
	GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée	2.6%	86	87	88	88	89	88	90
Chirurgie viscérale	VIS1	Chirurgie viscérale	4.5%	189	190	191	192	194	195	197
	VIS1.1	Interventions majeures sur le pancréas (CIMHS)	9.3%	23	23	23	22	22	22	23
	VIS1.2	Interventions majeures sur le foie (CIMHS)	1.0%	14	14	14	14	14	14	14
	VIS1.3	Chirurgie de l'œsophage (CIMHS)	1.0%	7	7	7	7	8	8	8
	VIS1.4	Chirurgie bariatrique	34.1%	7	7	7	6	6	6	6
	VIS1.4.1	Chirurgie bariatrique spécialisée (CIMHS)	1.0%	0	0	0	0	0	0	0
	VIS1.5	Interventions sur le bas rectum (CIMHS)	1.0%	45	46	46	46	47	48	48
Hématologie	HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	1.0%	63	62	63	63	63	63	63
	HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	1.0%	8	8	8	7	7	7	7
	HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	3.7%	94	94	94	95	95	95	95
	HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	4.6%	38	39	40	40	41	42	41
	HAE4	Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques	1.0%	3	3	3	3	3	3	3

	HAE5	Transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques (CIMHS)	1.0%	3	3	3	3	3	3	3
Vaisseaux	GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	4.0%	68	68	70	71	71	72	73
	ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artérielles)	5.2%	54	55	56	56	57	59	59
	GEF2	Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux	4.0%	30	30	31	30	30	31	31
	ANG2	Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux	5.8%	71	71	72	73	73	73	74
	GEF3	Chirurgie carotidienne	12.0%	23	24	25	25	26	26	26
	ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens	4.0%	6	6	6	6	6	6	6
	GEF4	Chirurgie vasculaire des vaisseaux intracrâniens (interventions électives, excl. AVC)	4.0%	3	3	3	3	3	3	3
	ANG4	Interventions sur les vaisseaux intracrâniens (interventions électives, excl. AVC)	4.0%	17	17	17	17	17	17	17
	RAD1	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)	4.0%	31	31	32	31	31	32	32
Cœur	HER1	Chirurgie cardiaque simple	2.0%	3	3	3	3	3	3	3
	HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	5.7%	59	60	61	62	63	64	65
	HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)	7.1%	76	77	78	79	81	81	81
	HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe	2.0%	7	7	7	7	7	7	8
	HER1.1.3	Chirurgie et interventions de l'aorte thoracique	2.0%	0	0	0	0	0	0	0
	HER1.1.4	Chirurgie de la valve aortique	2.0%	0	0	0	0	0	0	0
	HER1.1.5	Chirurgie de la valve mitrale	2.0%	0	0	0	0	0	0	0
	KAR1	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)	3.1%	86	87	89	91	92	94	96
	KAR1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	5.7%	623	623	623	621	621	621	622
	KAR1.1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)	5.6%	56	57	58	58	58	58	59
	KAR1.2	Electrophysiologie (ablations)	5.1%	31	32	32	32	33	33	33
	KAR1.3	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)	4.5%	40	41	42	42	43	44	44
	Néphrologie	NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	1.0%	151	153	153	154	155	156
Urologie	URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	6.9%	627	626	627	625	624	624	622

	URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	8.2%	85	85	85	86	86	86	86
	URO1.1.1	Prostatectomie radicale	11.7%	17	17	17	17	17	17	18
	URO1.1.2	Cystectomie radicale	3.0%	12	12	12	11	11	11	11
	URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	4.9%	33	34	34	34	34	35	35
	URO1.1.4	Surrénalectomie isolée	3.0%	1	1	1	1	1	1	1
	URO1.1.5	Plastie reconstructive de la jonction pyélo-urétérale	3.0%	1	1	1	1	1	1	1
	URO1.1.6	Plastie reconstructive de l'urètre	11.2%	8	9	9	9	9	9	9
	URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	19.5%	2	2	2	2	2	2	2
	URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	11.2%	4	4	4	4	4	4	4
Pneumologie	PNE1	Pneumologie	6.9%	493	495	498	502	504	508	511
	PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	51.0%	1	1	1	1	1	1	1
	PNE1.2	Evaluation avant ou status après transplantation	2.0%	9	9	9	8	9	9	9
	PNE1.3	Mucoviscidose	2.0%	16	16	15	15	14	14	13
	PNE2	Polysomnographie	2.0%	8	9	9	9	9	9	8
Chirurgie thoracique	THO1	Chirurgie thoracique	8.0%	37	38	38	38	38	38	38
	THO1.1	Néoplasmes malins du système respiratoire (résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	8.0%	17	17	17	16	16	16	17
	THO1.2	Chirurgie du médiastin	38.7%	2	2	2	2	2	2	2
Transplantations	TPL1	Transplantations cardiaques (CIMHS)	5.0%	17	17	17	18	18	18	17
	TPL2	Transplantations pulmonaires (CIMHS)	5.0%	0	0	0	0	0	0	0
	TPL3	Transplantations hépatiques (CIMHS)	5.0%	0	0	0	0	0	0	0
	TPL4	Transplantations pancréatiques (CIMHS)	5.0%	0	0	0	0	0	0	0
	TPL5	Transplantations rénales (CIMHS)	5.0%	0	0	0	0	0	0	0
	TPL6	Transplantations intestinales	5.0%	0	0	0	0	0	0	0
	TPL7	Transplantation de rate	5.0%	0	0	0	0	0	0	0
Orthopédie	BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	24.3%	376	377	379	381	382	385	386
	BEW2	Orthopédie	22.3%	124	120	117	113	110	106	101
	BEW3	Chirurgie de la main	22.4%	74	74	74	74	74	74	74
	BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	26.7%	16	16	16	17	16	17	17
	BEW5	Arthroscopie du genou	26.2%	367	352	337	320	303	289	271
	BEW6	Reconstruction de membres supérieurs	26.1%	191	193	195	198	199	201	202

	BEW7	Reconstruction de membres inférieurs	23.5%	613	621	632	641	650	659	670
	BEW8	Chirurgie de la colonne vertébrale	31.0%	291	293	297	300	303	306	308
	BEW8.1	Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale	33.6%	26	27	27	27	27	27	28
	BEW9	Tumeurs osseuses	21.0%	0	0	0	0	0	0	0
	BEW10	Chirurgie du plexus	36.3%	4	4	4	4	4	5	5
	BEW11	Réimplantations	21.0%	2	2	2	2	2	2	2
Rhumatologie	RHE1	Rhumatologie	15.1%	69	67	66	66	65	64	63
	RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire	13.0%	16	16	17	17	17	17	17
Gynécologie	GYN1	Gynécologie	7.2%	332	328	326	321	318	314	311
	GYN1.1	Néoplasmes malins de la vulve et du vagin	0.0%	4	5	5	5	5	5	5
	GYN1.2	Néoplasmes malins du col de l'utérus	0.0%	2	2	2	2	2	2	2
	GYN1.3	Néoplasmes malins du corps utérin	4.3%	51	52	52	53	53	54	54
	GYN1.4	Néoplasmes malins de l'ovaire	2.3%	14	14	14	14	13	13	13
	GYN2	Néoplasmes malins de la glande mammaire	4.0%	221	224	226	226	229	231	232
	PLC1	Interventions liées à la transsexualité	0.0%	3	3	3	3	3	3	3
Obstétrique	GEBH	Maisons de naissance (à partir de la 37e sem.)	0.0%	31	31	31	31	31	31	32
	GEB1	Soins de base en obstétrique (à partir de la 34e semaine et >= 2000g)	5.3%	1'959	1'974	1'988	1'999	2'011	2'019	2'026
	GEB1.1	Obstétrique (à partir de la 32e semaine et >= 1250g)	0.0%	40	40	40	41	41	41	41
	GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée	0.0%	15	15	15	15	15	15	15
Nouveau-nés	NEO1	Soins de base aux nouveau-nés (dès âge gestationnel 34 0/7 SA et PN 2000g)	13.5%	1'653	1'660	1'667	1'674	1'679	1'680	1'680
	NEO1.1	Néonatalogie (dès âge gestationnel 32 0/7 SA et PN 1250g)	31.8%	21	22	22	21	21	21	21
	NEO1.1.1	Néonatalogie spécialisée (dès âge gestationnel 28 0/7 SA et PN 1000g)	10.3%	83	83	83	83	83	83	83
	NEO1.1.1.1	Néonatalogie très spécialisée (âge gestationnel <28 0/7 SA et PN <1000g)	9.0%	0	0	0	0	0	0	0
(Radio-)oncologie	ONK1	Oncologie	1.6%	104	104	106	105	105	106	106
	RAO1	Radio-oncologie	2.4%	88	88	89	89	90	91	91
	NUK1	Médecine nucléaire	8.1%	38	37	37	37	37	36	36
Traumatismes graves	UNF1	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)	61.8%	17	17	17	17	17	17	17
	UNF1.1	Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes cranio-cérébraux)	57.0%	1	1	1	1	1	1	1

	UNF2	Brûlures étendues (CIMHS)	57.0%	2	2	2	2	2	2	2
Domaines pluridisciplinaires	KINM	Pédiatrie	-	-	-	-	-	-	-	-
	GER	Centre de compétence en gériatrie aiguë	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL			12.9%	19'353	19'376	19'416	19'412	19'423	19'426	19'426

Annexe 9 Capacités offertes par les établissements en 2016 et 2022, dans le domaine des soins aigus

Domaine de prestations	Groupes de prestations		HNE		GSMN-NE		HJU		TILIA		CHUV		HUG		INSEL	
	Sigle	Désignations	en 2016	en 2022	en 2016	en 2022	en 2016	en 2022	en 2016	en 2022	en 2016	en 2022	en 2016	en 2022	en 2016	en 2022
Paquet de base	BP	Paquet de base	8'000	8'600	2'000	2'000	500	500	-	-	-	-	60	60	10'633	11'627
Paquet de base programmé	BPE	Paquet de base programmé	-	-	-	-	50	50	-	-	-	-	-	-	-	-
Dermatologie	DER1	Dermatologie (y c. vénéréologie)	20	20	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	262	286
	DER1.1	Oncologie dermatologique	-	-	-	-	-	-	-	-	15	15	5	5	191	208
	DER1.2	Affections cutanées graves	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	5	5	20	21
	DER2	Traitement des plaies	40	40	-	-	10	10	-	-	-	-	5	5	172	188
Oto-rhino-laryngologie	HNO1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	320	240	225	225	20	20	-	-	-	-	5	5	599	654
	HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale	65	65	60	60	10	10	-	-	20	20	10	10	754	825
	HNO1.1.1	Interventions ORL complexes (chirurgie tumorale interdisciplinaire)	5	5	-	-	-	-	-	-	10	10	5	5	14	16
	HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus	135	102	110	110	15	15	-	-	10	10	5	5	179	196
	HNO1.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	5	5	29	32
	HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympanoplasie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)	35	22	20	20	5	5	-	-	10	10	5	5	136	149
	HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	5	5	4	5

	HNO1.3.2	Implants cochléaires (CIMHS)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	44	48
	HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	75	75	50	50	-	-	-	-	10	10	5	5	253	277
	KIE1	Chirurgie maxillaire	33	33	-	-	-	-	-	-	10	10	5	5	221	242
Neurochirurgie	NCH1	Neurochirurgie crânienne	-	-	-	-	-	-	-	-	20	20	5	5	785	858
	NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	5	5	93	101
	NCH2	Neurochirurgie spinale	-	-	30	30	-	-	-	-	5	5	1	1	-	-
	NCH3	Neurochirurgie périphérique	-	-	20	20	-	-	-	-	-	-	5	5	-	-
Neurologie	NEU1	Neurologie	122	106	25	25	20	20	-	-	-	-	5	5	273	299
	NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux	25	25	-	-	5	5	-	-	10	10	5	5	45	50
	NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)	30	30	-	-	-	-	-	-	10	10	5	5	57	62
	NEU3	Maladies cérébrovasculaires	360	386	-	-	50	50	-	-	10	10	5	5	1'138	1'245
	NEU3.1	Maladies cérébrovasculaires avec stroke unit (CIMHS)	-	-	-	-	-	-	-	-	20	20	5	5	-	-
	NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe	12	12	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	162	177
	NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe	12	12	-	-	-	-	-	-	10	10	1	1	178	195
Ophtalmologie	AUG1	Ophtalmologie	-	-	30	30	-	-	-	-	-	-	5	5	310	339
	AUG1.1	Strabologie	-	-	10	10	-	-	-	-	-	-	1	1	5	6
	AUG1.2	Orbite, Paupières, Voies lacrimales	-	-	10	10	-	-	-	-	-	-	5	5	65	71
	AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur	-	-	10	10	-	-	-	-	-	-	5	5	-	-
	AUG1.4	Cataracte	-	-	70	70	-	-	-	-	-	-	5	5	200	219
	AUG1.5	Affections du corps vitré/de la cornée	-	-	40	40	-	-	-	-	-	-	5	5	496	542
Endocrinologie	END1	Endocrinologie	72	75	20	20	10	10	-	-	-	-	5	5	164	179
Gastroentérologie	GAE1	Gastroentérologie	580	596	120	120	30	30	-	-	-	-	5	5	689	754
	GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée	88	92	-	-	5	5	-	-	20	20	5	5	270	295
Chirurgie viscérale	VIS1	Chirurgie viscérale	200	200	80	80	30	30	-	-	-	-	5	5	544	595
	VIS1.1	Interventions majeures sur le pancréas (CIMHS)	-	-	-	-	-	-	-	-	10	10	5	5	88	96
	VIS1.2	Interventions majeures sur le foie (CIMHS)	-	-	-	-	-	-	-	-	10	10	5	5	99	108
	VIS1.3	Chirurgie de l'œsophage (CIMHS)	-	-	-	-	-	-	-	-	10	10	5	5	43	47
	VIS1.4	Chirurgie bariatrique	10	10	-	-	15	15	-	-	-	-	1	1	109	119

	VIS1.4.1	Chirurgie bariatrique spécialisée (CIMHS)	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	1	1	-	-
	VIS1.5	Interventions sur le bas rectum (CIMHS)	45	48	-	-	-	-	-	-	5	5	5	5	38	42
Hématologie	HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	60	60	-	-	10	10	-	-	20	20	5	5	272	297
	HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	-	-	-	-	-	-	-	-	10	10	5	5	120	131
	HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	100	100	-	-	10	10	-	-	20	20	5	5	350	383
	HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	40	40	-	-	5	5	-	-	20	20	5	5	28	30
	HAE4	Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3	0	0	105	115
	HAE5	Transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques (CIMHS)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	1	1
Vaisseaux	GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	71	76	30	30	-	-	-	-	20	20	5	5	121	132
	ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artérielles)	57	62	20	20	-	-	-	-	20	20	5	5	493	540
	GEF2	Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux	30	30	-	-	-	-	-	-	10	10	5	5	250	274
	ANG2	Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux	76	76	-	-	-	-	-	-	20	20	10	10	336	367
	GEF3	Chirurgie carotidienne	30	30	-	-	-	-	-	-	10	10	5	5	154	168
	ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	5	5	132	144
	GEF4	Chirurgie vasculaire des vaisseaux intracrâniens (interventions électives, excl. AVC)	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	5	5	45	50
	ANG4	Interventions sur les vaisseaux intracrâniens (interventions électives, excl. AVC)	-	-	-	-	-	-	-	-	10	10	5	5	270	295
	RAD1	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les	30	30	15	15	-	-	-	-	10	10	5	5	143	157

		vaisseaux)														
Cœur	HER1	Chirurgie cardiaque simple	5	5	-	-	-	-	-	-	5	5	5	5	45	50
	HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	-	-	-	-	-	-	-	-	10	10	5	5	504	551
	HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)	-	-	-	-	-	-	-	-	10	10	5	5	621	679
	HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	5	5	50	55
	HER1.1.3	Chirurgie et interventions de l'aorte thoracique	-	-	-	-	-	-	-	-	10	10	5	5	-	-
	HER1.1.4	Chirurgie de la valve aortique	-	-	-	-	-	-	-	-	10	10	5	5	-	-
	HER1.1.5	Chirurgie de la valve mitrale	-	-	-	-	-	-	-	-	10	10	5	5	-	-
	KAR1	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)	110	110	-	-	10	10	-	-	10	10	5	5	113	124
	KAR1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	15	15	-	-	-	-	-	-	60	60	30	30	3'048	3'333
	KAR1.1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)	-	-	-	-	-	-	-	-	10	10	15	15	829	907
	KAR1.2	Electrophysiologie (ablations)	-	-	-	-	-	-	-	-	20	20	20	20	214	234
	KAR1.3	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)	42	46	-	-	-	-	-	-	20	20	5	5	197	215
Néphrologie	NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	60	150	160	160	20	20	-	-	-	-	5	5	300	328
Urologie	URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	673	668	350	350	30	30	-	-	-	-	20	20	1'441	1'576
	URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	90	90	60	60	5	5	-	-	-	-	5	5	318	348
	URO1.1.1	Prostatectomie radicale	20	20	20	20	-	-	-	-	-	-	5	5	58	63
	URO1.1.2	Cystectomie radicale	12	12	15	15	-	-	-	-	10	10	5	5	90	98
	URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	35	35	30	30	10	10	-	-	10	10	5	5	95	104

	URO1.1.4	Surrénalectomie isolée	1	1	5	5	-	-	-	-	-	-	5	5	27	29
	URO1.1.5	Plastie reconstructive de la jonction pyélo-urétérale	1	1	5	5	-	-	-	-	5	5	5	5	29	32
	URO1.1.6	Plastie reconstructive de l'urètre	10	10	10	10	-	-	-	-	5	5	15	15	34	37
	URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	2	2	5	5	-	-	-	-	5	5	1	1	7	8
	URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	4	4	10	10	-	-	-	-	5	5	1	1	47	52
Pneumologie	PNE1	Pneumologie	530	548	-	-	20	20	-	-	-	-	10	10	1'160	1'268
	PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	3	3	-	-	-	-	-	-	5	5	1	1	3	3
	PNE1.2	Evaluation avant ou status après transplantation	10	10	-	-	-	-	-	-	5	5	10	10	9	10
	PNE1.3	Mucoviscidose	15	15	-	-	-	-	-	-	5	5	1	1	72	79
	PNE2	Polysomnographie	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	5	5	24	26
Chirurgie thoracique	THO1	Chirurgie thoracique	40	40	-	-	-	-	-	-	5	5	5	5	67	73
	THO1.1	Néoplasmes malins du système respiratoire (résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	20	25	-	-	-	-	-	-	10	10	5	5	98	107
	THO1.2	Chirurgie du médiastin	3	3	-	-	-	-	-	-	5	5	5	5	70	77
Transplantations	TPL1	Transplantations cardiaques (CIMHS)	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-	-	228	249
	TPL2	Transplantations pulmonaires (CIMHS)	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-
	TPL3	Transplantations hépatiques (CIMHS)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	-	-
	TPL4	Transplantations pancréatiques (CIMHS)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	-	-
	TPL5	Transplantations rénales (CIMHS)	-	-	-	-	-	-	-	-	10	10	5	5	-	-
	TPL6	Transplantations intestinales	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	1	-	-
	TPL7	Transplantation de rate	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	1	-	-
Orthopédie	BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	200	437	400	400	30	30	-	-	-	-	15	15	1'557	1'702
	BEW2	Orthopédie	80	140	150	150	30	30	-	-	-	-	1	1	161	176
	BEW3	Chirurgie de la main	40	70	80	80	-	-	-	-	30	30	1	1	319	349
	BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	5	5	20	20	-	-	-	-	-	-	10	10	30	33
	BEW5	Arthroscopie du genou	90	154	600	600	10	10	-	-	-	-	5	5	288	315
	BEW6	Reconstruction de membres	70	100	240	240	5	5	-	-	20	20	5	5	214	234

		supérieurs														
	BEW7	Reconstruction de membres inférieurs	250	485	650	650	30	30	-	-	20	20	5	5	316	346
	BEW8	Chirurgie de la colonne vertébrale	220 ¹	220 ¹	230	230	20	20	-	-	20	20	5	5	825	902
	BEW8.1	Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale	-	-	25	25	-	-	-	-	20	20	5	5	183	201
	BEW9	Tumeurs osseuses	-	-	-	-	-	-	-	5	5	5	5	8	9	
	BEW10	Chirurgie du plexus	-	-	-	-	-	-	-	5	5	5	5	10	11	
	BEW11	Réimplantations	-	-	-	-	-	-	-	5	5	1	1	25	27	
Rhumatologie	RHE1	Rhumatologie	81	74	30	30	10	10	-	-	-	-	5	5	216	237
	RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire	20	20	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	101	110
Gynécologie	GYN1	Gynécologie	358	335	150	150	20	20	-	-	-	-	5	5	593	649
	GYN1.1	Néoplasmes malins de la vulve et du vagin	5	5	-	-	-	-	-	5	5	5	5	15	17	
	GYN1.2	Néoplasmes malins du col de l'utérus	2	2	-	-	-	-	-	5	5	5	5	7	8	
	GYN1.3	Néoplasmes malins du corps utérin	55	55	20	20	-	-	-	20	20	5	5	121	132	
	GYN1.4	Néoplasmes malins de l'ovaire	15	15	-	-	-	-	-	20	20	5	5	22	24	
	GYN2	Néoplasmes malins de la glande mammaire	230	242	100	120	25	25	-	-	20	20	5	5	159	173
	PLC1	Interventions liées à la transsexualité	-	-	-	-	-	-	-	5	5	-	-	-	-	
Obstétrique	GEBH	Maisons de naissance (à partir de la 37e sem.)	-	-	-	-	-	-	90	100	-	-	-	-	-	-
	GEB1	Soins de base en obstétrique (à partir de la 34e semaine et >= 2000g)	2'097	2'202	-	-	50	50	-	-	-	-	5	5	2'053	2'245
	GEB1.1	Obstétrique (à partir de la 32e semaine et >= 1250g)	40	42	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	159	173
	GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée	15	15	-	-	-	-	-	10	10	5	5	49	54	
Nouveau-nés	NEO1	Soins de base aux nouveau-nés (dès âge gestationnel 34 0/7 SA et PN 2000g)	2'006	2'098	-	-	50	50	-	-	-	-	5	5	1'152	1'259
	NEO1.1	Néonatalogie (dès âge gestationnel 32 0/7 SA et PN 1250g)	70	70	-	-	-	-	-	10	10	1	5	113	124	
	NEO1.1.1	Néonatalogie spécialisée (dès âge gestationnel 28 0/7 SA et PN 1000g)	83	150	-	-	-	-	-	20	20	1	5	708	774	

	NEO1.1.1.1	Néonatalogie très spécialisée (âge gestationnel <28 0/7 SA et PN <1000g)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	10	1	1	-	-
(Radio-) oncologie	ONK1	Oncologie	100	100	-	-	10	10	-	-	-	-	-	5	5	2	2
	RAO1	Radio-oncologie	100	100	-	-	-	-	-	-	20	20	5	5	424	464	
	NUK1	Médecine nucléaire	42	42	-	-	-	-	-	-	20	20	5	5	359	392	
Traumatismes graves	UNF1	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)	40	40	-	-	-	-	-	-	20	20	5	5	116	127	
	UNF1.1	Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes cranio-cérébraux)	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	5	5	39	43	
	UNF2	Brûlures étendues (CIMHS)	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	1	1	6	7	
	KINM	Pédiatrie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	20	-	-	
	GER	Centre de compétence en gériatrie aiguë	180	280	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	-	-	

Annexe 10 Analyse du respect des exigences relatives aux domaines et aux groupes de prestations, dans le domaine des soins aigus

Domaine de prestations	Groupes de prestations		HNE	GSMN-NE	HJU	TILIA	CHUV	HUG	INSEL	Remarques
	Sigle	Désignations								
Paquet de base	BP	Paquet de base	✓	X	✓			✓		GSMN-NE: Exigences requises par le GPPH pour un mandat PB non remplies
Paquet de base programmé	BPE	Paquet de base programmé		✓	✓					GSMN-NE: les exigences requises pour un mandat de PB n'étant pas remplies, et compte-tenu que GSMN-NE a postulé pour des prestations de type électives, une évaluation des exigences pour un PBE a été réalisée. Il a été évalué que GSMN-NE remplissait les exigences spécifiques requises par le modèle GPPH pour le PBE.
Dermatologie	DER1	Dermatologie (y c. vénéréologie)	✓					✓	✓	
	DER1.1	Oncologie dermatologique					✓	✓	✓	
	DER1.2	Affections cutanées graves					✓	✓	✓	
	DER2	Traitement des plaies	✓		✓			✓	✓	
Oto-rhino-laryngologie	HNO1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	✓	X	✓			✓	✓	GSMN-NE: pas de masse critique: ni 5% (moyenne 2012-2014 de 8 cas au lieu de 37 cas requis), ni 10 cas minimum requis.
	HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale	✓	X	✓		✓	✓	✓	GSMN-NE: pas de masse critique: ni 5% (moyenne 2012-2014 de 8 cas au lieu de 37 cas requis), ni 10 cas minimum requis.
	HNO1.1.1	Interventions ORL complexes (chirurgie tumorale interdisciplinaire)	✓				✓	✓	✓	
	HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus	✓	X	✓		✓	✓	✓	GSMN-NE: pas de masse critique: ni 5% (moyenne 2012-2014 de 8 cas au lieu de 37 cas requis), ni 10 cas minimum requis.

	HNO1.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)					✓	✓	✓	
	HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympanoplasie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)	✓	X	✓		✓	✓	✓	GSMN-NE: pas de masse critique: ni 5% (moyenne 2012-2014 de 8 cas au lieu de 37 cas requis), ni 10 cas minimum requis.
	HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère					✓	✓	✓	
	HNO1.3.2	Implants cochléaires (CIMHS)								
	HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	✓	X	✓		✓	✓	✓	GSMN-NE: pas de masse critique: ni 5% (moyenne 2012-2014 de 8 cas au lieu de 37 cas requis), ni 10 cas minimum requis. Exigence de coopération (requis par le modèle GPPH) non remplie.
	KIE1	Chirurgie maxillaire	✓				✓	✓	✓	
Neurochirurgie	NCH1	Neurochirurgie crânienne					✓	✓	✓	
	NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée					✓	✓	✓	
	NCH2	Neurochirurgie spinale	X	X			✓	✓	✓	HNE: ni 5% (moyenne 2012-2014 de 3 cas), ni 10 cas minimum requis. pas de médecin spécialiste disponible au niveau 2 requis.
	NCH3	Neurochirurgie périphérique		X				✓	✓	GSMN-NE: pas de masse critique: ni 5% (moyenne 2012-2014 de 0 cas), ni 10 cas minimum requis.
Neurologie	NEU1	Neurologie	✓	X	X			✓	✓	GSMN-NE: pas de masse critique: pas de 5% requis (moyenne 2012-2014 de 12 cas au lieu de 28 cas requis).
										HJU: pas de médecin spécialiste disponible au niveau 2 requis.

	NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux	X		✓		✓	✓	✓	HNE: pas de tumorboard.
	NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)	X				✓	✓	✓	HNE: Pas de tumorboard. Pas de liens avec un autre domaine de prestation (NCH1) à l'interne.
	NEU3	Maladies cérébrovasculaires	✓		✓		✓	✓	✓	
	NEU3.1	Maladies cérébrovasculaires avec stroke unit (CIMHS)								
	NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe	✓					✓	✓	
	NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe	✓				X	✓	✓	CHUV: pas de nombre minimum de cas (requis par le modèle GPPH): moyenne 2012-2014 de 1 cas au lieu de 10 cas requis.
Ophtalmologie	AUG1	Ophtalmologie		✓				✓	✓	
	AUG1.1	Strabologie		✓				✓	✓	
	AUG1.2	Orbite, Paupières, Voies lacrimales		✓				✓	✓	
	AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur		✓				✓	✓	
	AUG1.4	Cataracte		✓				✓	✓	
	AUG1.5	Affections du corps vitré/de la cornée		✓				✓	✓	
Endocrinologie	END1	Endocrinologie	✓	X	✓			✓	✓	GSMN-NE: pas de masse critique: pas de 10 cas minimum requis (moyenne 2012-2014 de 6 cas).
Gastroentérologie	GAE1	Gastroentérologie	✓	X	✓			✓	✓	GSMN-NE: pas de masse critique: pas de 5% requis (moyenne 2012-2014 de 21 cas au lieu de 33 cas requis).
	GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée	✓		X		✓	✓	✓	HJU: le médecin spécialiste est agréé/consultant tandis qu'il devrait être engagé fixe ou avec agréé avec cabinet à l'hôpital (selon modèle GPPH).
Chirurgie viscérale	VIS1	Chirurgie viscérale	✓	X	X			✓	✓	GSMN-NE: pas de masse critique: ni 5% (moyenne 2012-2014 de 5 cas au lieu de 15 cas requis), ni 10 cas minimum requis.
										HJU: pas de médecin spécialiste disponible au niveau 2 requis.

	VIS1.1	Interventions majeures sur le pancréas (CIMHS)								
	VIS1.2	Interventions majeures sur le foie (CIMHS)								
	VIS1.3	Chirurgie de l'œsophage (CIMHS)								
	VIS1.4	Chirurgie bariatrique	✓		X			✓	✓	HJU: pas de médecin spécialiste disponible au niveau 2 requis.
	VIS1.4.1	Chirurgie bariatrique spécialisée (CIMHS)								
	VIS1.5	Interventions sur le bas rectum (CIMHS)								
Hématologie	HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	✓		✓			✓	✓	✓
	HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative						✓	✓	✓
	HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	✓		✓				✓	✓
	HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	✓		✓			✓	✓	✓
	HAE4	Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques						✓		✓
	HAE5	Transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques (CIMHS)								
Vaisseaux	GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	✓	X				✓	✓	✓
										GSMN-NE: Pas de masse critique: ni 5% (moyenne 2012-2014 de 6 cas au lieu de 15 cas requis), ni 10 cas minimum requis.pas de nombre minimum de cas (requis par le modèle GPPH): moyenne 2012-2014 de 2 cas - et 4 cas en 2014 - au lieu de 10 cas requis.

	ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artérielles)	✓	X			✓	✓	✓	GSMN-NE: pas de masse critique: ni 5% (moyenne 2012-2014 de 6 cas au lieu de 15 cas requis), ni 10 cas minimum requis.
	GEF2	Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux	✓				✓	✓	✓	
	ANG2	Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux	✓				✓	✓	✓	
	GEF3	Chirurgie carotidienne	✓				✓	✓	✓	
	ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens					✓	✓	✓	
	GEF4	Chirurgie vasculaire des vaisseaux intracrâniens (interventions électives, excl. AVC)					✓	✓	✓	
	ANG4	Interventions sur les vaisseaux intracrâniens (interventions électives, excl. AVC)					✓	✓	✓	
	RAD1	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)	✓	X	X		✓	✓	✓	GSMN-NE: pas de masse critique: ni 5% (moyenne 2012-2014 de 6 cas au lieu de 15 cas requis), ni 10 cas minimum requis. HJU: pas de masse critique: pas de 5% requis (moyenne 2012-2014 de 11 cas au lieu de 15 cas requis).
Cœur	HER1	Chirurgie cardiaque simple	X				✓	✓	✓	HNE: pas de médecin spécialiste requis. Pas de Soins intensifs au niveau 3 requis. Pas de liens avec un autre domaine de prestation (HER1.1).
	HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)					✓	✓	✓	
	HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)					✓	X	✓	HUG: pas de nombre minimum de cas (requis par le modèle GPPH): moyenne 2012-2014 de 80 cas au lieu de 100 cas requis.
	HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe					✓	✓	✓	

	HER1.1.3	Chirurgie et interventions de l'aorte thoracique					✓	✓	✓	
	HER1.1.4	Chirurgie de la valve aortique					✓	✓	✓	
	HER1.1.5	Chirurgie de la valve mitrale					✓	✓	✓	
	KAR1	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)	✓		✓		✓	✓	✓	
	KAR1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	✓				✓	✓	✓	
	KAR1.1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)					✓	✓	✓	
	KAR1.2	Electrophysiologie (ablations)					✓	✓	✓	
	KAR1.3	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)	✓				✓	✓	✓	
Néphrologie	NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	X	X	✓			✓	✓	HNE: pas de dialyse ambulatoire et dialyse péritonéale. GSMN-NE: pas de Soins intensifs de niveau 2 requis. Pas de Paquet de base.
Urologie	URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	✓	X	✓			✓	✓	GSMN-NE: pas de masse critique: pas de 5% requis (moyenne 2012-2014 de 11 cas au lieu de 42 cas requis).
	URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	✓	X	✓			✓	✓	GSMN-NE: pas de masse critique: pas de 5% requis (moyenne 2012-2014 de 11 cas au lieu de 42 cas requis).
	URO1.1.1	Prostatectomie radicale	✓	X	X			✓	✓	GSMN-NE: pas de nombre minimum de cas (requis par le modèle GPPH): 0 cas au lieu de 10 cas requis. Pas de masse critique: pas de 5% requis (moyenne 2012-2014 de 11 cas au lieu de 42 cas requis). HJU: pas de nombre minimum de cas (requis par le modèle GPPH): moyenne 2012-2014 de 1 cas au lieu de 10 cas requis.

									HNE: pas de nombre minimum de cas (requis par le modèle GPPH): moyenne 2012-2014 de 6,3 cas au lieu de 10 cas requis.	
	URO1.1.2	Cystectomie radicale	X	X	X		✓	✓	✓	GSMN-NE: pas de Soins intensifs de niveau 2 requis. Pas de nombre minimum de cas (requis par le modèle GPPH): 0 cas au lieu de 10 cas requis. Pas de masse critique: pas de 5% requis (moyenne 2012-2014 de 11 cas au lieu de 42 cas requis).
									HJU: pas de nombre minimum de cas (requis par le modèle GPPH): moyenne 2012-2014 de 1,67 cas au lieu de 10 cas requis.	
	URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	✓	X	X		✓	✓	✓	GSMN-NE: pas de Soins intensifs de niveau 2 requis. Pas de nombre minimum de cas (requis par le modèle GPPH): 0 cas au lieu de 10 cas requis. Pas de masse critique: pas de 5% requis (moyenne 2012-2014 de 11 cas au lieu de 42 cas requis).
									HJU: pas de nombre minimum de cas (requis par le modèle GPPH): moyenne 2012-2014 de 8,3 cas au lieu de 20 cas requis.	
	URO1.1.4	Surrénalectomie isolée	✓	X				✓	✓	GSMN-NE: pas de Soins intensifs de niveau 2 requis. Pas de masse critique: pas de 5% requis (moyenne 2012-2014 de 11 cas au lieu de 42 cas requis).
	URO1.1.5	Plastie reconstructive de la jonction pyélo-urétérale	✓	X			✓	✓	✓	GSMN-NE: pas de masse critique: pas de 5% requis (moyenne 2012-2014 de 11 cas au lieu de 42 cas requis).
	URO1.1.6	Plastie reconstructive de l'urètre	✓	X			✓	✓	✓	GSMN-NE: pas de masse critique: pas de 5% requis (moyenne 2012-2014 de 11 cas au lieu de 42 cas requis).
	URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	✓	X			✓	✓	✓	GSMN-NE: pas de masse critique: pas de 5% requis (moyenne 2012-2014 de 11 cas au lieu de 42 cas requis).
	URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	✓	X			✓	✓	✓	GSMN-NE: pas de masse critique: pas de 5% requis (moyenne 2012-2014 de 11 cas au lieu de 42 cas requis).
Pneumologie	PNE1	Pneumologie	✓		✓			✓	✓	
	PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	✓				✓	✓	✓	
	PNE1.2	Evaluation avant ou status après transplantation	X				✓	✓	✓	HNE: Pas de liens avec un autre domaine de prestation TPL2


	PNE1.3	Mucoviscidose	✓				✓	✓	✓	
	PNE2	Polysomnographie					✓	✓	✓	
Chirurgie thoracique	THO1	Chirurgie thoracique	✓				✓	✓	✓	
	THO1.1	Néoplasmes malins du système respiratoire (résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	X				✓	✓	✓	HNE: pas de Soins intensifs de niveau 3 requis. Pas de nombre minimum de cas (requis par le modèle GPPH): moyenne 2012-2014 de 18 cas au lieu de 30 cas requis.
	THO1.2	Chirurgie du médiastin	X				✓	✓	✓	HNE: pas de Soins intensifs de niveau 3 requis.
Transplantations	TPL1	Transplantations cardiaques (CIMHS)								
	TPL2	Transplantations pulmonaires (CIMHS)								
	TPL3	Transplantations hépatiques (CIMHS)								
	TPL4	Transplantations pancréatiques (CIMHS)								
	TPL5	Transplantations rénales (CIMHS)								
	TPL6	Transplantations intestinales						✓	✓	
	TPL7	Transplantation de rate						✓	✓	
Orthopédie	BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	✓	✓	✓			✓	✓	
	BEW2	Orthopédie	✓	✓	✓			✓	✓	
	BEW3	Chirurgie de la main	✓	✓			✓	✓	✓	HNE: pas de médecin spécialiste avec le niveau de disponibilité 2 requis mais la disponibilité est assurée au niveau du service d'orthopédie.
	BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	✓	✓				✓	✓	
	BEW5	Arthroscopie du genou	✓	✓	✓			✓	✓	
	BEW6	Reconstruction de membres supérieurs	✓	✓	✓		✓	✓	✓	

	BEW7	Reconstruction de membres inférieurs	✓	✓	✓		✓	✓	✓	
	BEW8	Chirurgie de la colonne vertébrale	✓	✓	✓		✓	✓	✓	
	BEW8.1	Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale		X			✓	✓	✓	GSMN-NE: Pas de nombre minimum de cas (requis par le modèle GPPH): moyenne 2012-2014 de 0,7 cas au lieu de 10 cas requis.
	BEW9	Tumeurs osseuses					✓	✓	✓	
	BEW10	Chirurgie du plexus					✓	✓	✓	
	BEW11	Réimplantations					✓	✓	✓	
Rhumatologie	RHE1	Rhumatologie	✓	✓	✓			✓	✓	
	RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire	✓					✓	✓	
Gynécologie	GYN1	Gynécologie	✓	X	✓			✓	✓	GSMN-NE: pas de médecin spécialiste avec le niveau de disponibilité requis. Pas de masse critique: pas de 5% rempli (moyenne 2012-2014 de 20 cas au lieu de 33 cas requis).
	GYN1.1	Néoplasmes malins de la vulve et du vagin	✓				✓	✓	✓	
	GYN1.2	Néoplasmes malins du col de l'utérus	✓				✓	✓	✓	
	GYN1.3	Néoplasmes malins du corps utérin	✓	X			✓	✓	✓	GSMN-NE: pas de médecin spécialiste avec le niveau de disponibilité requis. Pas de masse critique: pas de 5% rempli (moyenne 2012-2014 de 20 cas au lieu de 33 cas requis).
	GYN1.4	Néoplasmes malins de l'ovaire	✓				✓	✓	✓	
	GYN2	Néoplasmes malins de la glande mammaire	✓	X	✓		✓	✓	✓	GSMN-NE: pas de masse critique: pas de 5% rempli (moyenne 2012-2014 de 20 cas au lieu de 33 cas requis).
	PLC1	Interventions liées à la transsexualité					✓		X	Inselspital: Autres exigences (requis par le modèle GPPH) non remplies.
Obstétrique	GEBH	Maisons de naissance (à partir de la 37e sem.)				✓			✓	
	GEB1	Soins de base en obstétrique (à partir de la 34e semaine et >= 2000g)	✓		✓			✓	✓	HJU: Exigence de coopération avec NEO 1.1 est considérée comme remplie pour autant que la convention de collaboration avec USB est signée d'ici le 31.12.2015.

	GEB1.1	Obstétrique (à partir de la 32e semaine et >= 1250g)	✓					✓	✓		
	GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée	✓					✓	✓	✓	
Nouveau-nés	NEO1	Soins de base aux nouveau-nés (dès âge gestationnel 34 0/7 SA et PN 2000g)	✓		✓			✓	✓		
	NEO1.1	Néonatalogie (dès âge gestationnel 32 0/7 SA et PN 1250g)	✓					✓	✓	✓	
	NEO1.1.1	Néonatalogie spécialisée (dès âge gestationnel 28 0/7 SA et PN 1000g)	X					✓	✓	✓	HNE: exigence GPPH de respect du niveau III des Standards for Levels of Neonatal Care of Switzerland
	NEO1.1.1.1	Néonatalogie très spécialisée (âge gestationnel <28 0/7 SA et PN <1000g)						✓	✓	✓	
(Radio-)oncologie	ONK1	Oncologie	✓		✓			✓	✓		
	RAO1	Radio-oncologie	X					✓	✓	✓	HNE: pas de médecin spécialiste avec le niveau de disponibilité 2 requis.
	NUK1	Médecine nucléaire	✓					✓	✓	✓	
	UNF1	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)	✓					✓	✓	✓	
	UNF1.1	Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes cranio-cérébraux)						✓	✓	✓	
	UNF2	Brûlures étendues (CIMHS)									
	KINM	Pédiatrie	✓		✓			✓	✓		
	KINB	Chirurgie pédiatrique de base	✓	✓	✓			✓			
	KINC	Chirurgie pédiatrique						✓	✓	✓	
	GER	Centre de compétence en gériatrie aiguë	✓		✓			✓	✓		

✓: établissement ayant postulé et respectant les exigences relatives aux domaines et aux groupes de prestations

X: établissement ayant postulé et ne respectant pas les exigences relatives aux domaines et aux groupes de prestations

 : établissement n'ayant pas postulé

Annexe 11 Masse critique par domaine de prestations et activité moyenne 2012 – 2014 par groupe de prestations, par établissement, dans le domaine des soins aigus

Domaine de prestations	Groupes de prestations		5% ou 10 cas	HNE		GSMN-NE		HJU		TILIA		CHUV		HUG		INSEL	
	Sigle	Désignations		au niveau du domaine de prestation	au niveau du groupe de prestation	au niveau du domaine de prestation	au niveau du groupe de prestation	au niveau du domaine de prestation	au niveau du groupe de prestation	au niveau du domaine de prestation	au niveau du groupe de prestation	au niveau du domaine de prestation	au niveau du groupe de prestation	au niveau du domaine de prestation	au niveau du groupe de prestation	au niveau du domaine de prestation	au niveau du groupe de prestation
Paquet de base	BP	Paquet de base	417	7'443	7'443	634	634	3'877	3'877	-	-	14'113	14'113	16'259	16'259	10'461	10'461
Paquet de base programmé	BPE	Paquet de base programmé			-		-		-		-		-		-		-
Dermatologie	DER1	Dermatologie (y c. vénéréologie)	10	73	18.3	2	1.0	50	14.7		-	247	130.0	213	99.0	553	223.0
	DER1.1	Oncologie dermatologique			21.0		-		5.7		-		69.0		56.7		157.7
	DER1.2	Affections cutanées graves			1.0		-		1.0		-		6.0		9.7		16.0
	DER2	Traitement des plaies			32.3		0.7		28.3		-		41.7		47.7		156.3
Oto-rhino-laryngologie	HNO1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	37	602	311.0	8	2.3	174	92.7		-	1'188	424.0	1'548	503.0	2'042	516.0
	HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale			54.3		-		14.0		-		328.0		308.7		635.0
	HNO1.1.1	Interventions ORL complexes (chirurgie tumorale interdisciplinaire)			3.7		-		0.3		-		32.3		30.3		20.3

	HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus			131.3		5.7		39.7		-		113.3		160.7		189.0
	HNO1.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)			-		-		-		-		17.3		16.3		32.3
	HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympanoplasie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)			28.0		-		10.0		-		47.0		40.3		188.0
	HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère			-		-		-		-		3.7		3.0		5.0
	HNO1.3.2	Implants cochléaires (CIMHS)			-		-		-		-		0.0		14.3		45.7
	HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes			60.0		-		12.0		-		138.3		372.0		196.7
	KIE1	Chirurgie maxillaire			13.7		0.3		5.3		-		83.7		99.7		214.0
Neurochirurgie	NCH1	Neurochirurgie crânienne	10	3	2.7	0	-	1	0.3		-	355	305.3	348	300.0	712	635.3
	NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée			-		-		0.3		-		37.0		30.7		76.3
	NCH2	Neurochirurgie spinale			-		-		-		-		3.0		8.7		0.0

	NCH3	Neurochirurgie périphérique			-		-		-		-	9.7		8.3		0.0	
Neurologie	NEU1	Neurologie	28	459	112.7	12	1.0	233	72.3	-	1'179	246.0	1'386	249.3	1'744	282.7	
	NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux			13.0		1.0		8.0			-		30.3		32.3	52.7
	NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)			14.3		-		3.7			-		49.3		46.3	86.0
	NEU3	Maladies cérébrovasculair es			308.3		10.3		123.7			-		642.7		803.7	1'117.3
	NEU3.1	Maladies cérébrovasculair es avec stroke unit (CIMHS)			-		-		-			-		14.3		95.0	0.0
	NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe			2.0		-		0.3			-		195.7		170.0	140.0
	NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe			9.7		-		24.7			-		1.0		52.7	65.7
Ophthalmologi e	AUG1	Ophtalmologie	10	0	-	41	4.3	9	3.7	-	19	6.7	239	84.0	1'032	325.7	
	AUG1.1	Strabologie			-		-		-			-		0.0		2.0	2.3
	AUG1.2	Orbite, Paupières, Voies lacrimales			-		-		-			-		10.7		19.7	44.3
	AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur			-		1.0		-			-		0.0		16.0	0.0
	AUG1.4	Cataracte			-		34.7		5.0			-		0.7		53.7	336.0
	AUG1.5	Affections du corps vitré/de la			-		1.3		-			-		1.0		65.0	323.7

		cornée														
Endocrinologie	END1	Endocrinologie	10	39	39.0	6	6.0	31	31.0	-	166	166.3	215	215.0	167	167.0
Gastroentérologie	GAE1	Gastroentérologie	33	602	529.3	21	21.0	247	220.7	-	846	675.0	1'360	1'116.0	891	670.0
	GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée			72.7		0.3		26.3	-		171.3		244.3		220.7
Chirurgie viscérale	VIS1	Chirurgie viscérale	15	193	138.3	5	4.7	60	45.7	-	700	505.3	540	394.0	817	459.7
	VIS1.1	Interventions majeures sur le pancréas (CIMHS)			10.0		-		0.3	-		52.0		35.0		78.7
	VIS1.2	Interventions majeures sur le foie (CIMHS)			3.7		-		1.7	-		59.0		43.3		101.3
	VIS1.3	Chirurgie de l'œsophage (CIMHS)			4.3		-		-	-		42.0		10.7		34.3
	VIS1.4	Chirurgie bariatrique			6.7		-		6.3	-		1.3		6.0		115.0
	VIS1.4.1	Chirurgie bariatrique spécialisée (CIMHS)			-		-		-	-		1.7		4.3		0.0
	VIS1.5	Interventions sur le bas rectum (CIMHS)			30.3		-		5.7	-		39.0		46.3		27.7
Hématologie	HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	11	157	33.7	7	1.0	60	9.0	-	770	240.7	613	171.3	807	228.0
	HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative			0.3		-		-	-		93.0		44.0		108.3
	HAE2	Lymphomes			89.0		4.0		43.0	-		333.3		286.7		332.7

		indolents et leucémies chroniques												
	HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques			34.3	2.3	7.7	-		41.0	51.7		34.0	
	HAE4	Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques			-	-	-	-		62.3	8.3		102.7	
	HAE5	Transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques (CIMHS)			-	-	-	-		-	51.0		1.3	
Vaisseaux	GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	15	164	43.0	2.0	3.3	-	1'071	230.0	824	120.3	1'843	183.0
	ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artérielles)			41.3	3.0	2.7	-		241.3		103.3		435.0
	GEF2	Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux			22.0	0.3	2.0	-		74.0		49.7		207.7
	ANG2	Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux			25.0	0.3	0.7	-		190.3		150.3		331.7
	GEF3	Chirurgie carotidienne			21.3	-	0.7	-		61.0		53.3		143.7
	ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens			-	-	-	-		21.7		44.3		105.3

	GEF4	Chirurgie vasculaire des vaisseaux intracrâniens (interventions électives, excl. AVC)			-	-	-	-	26.0	55.0	40.3
	ANG4	Interventions sur les vaisseaux intracrâniens (interventions électives, excl. AVC)			0.3	-	0.3	-	72.0	99.7	234.0
	RAD1	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)			11.3	0.7	1.3	-	154.7	148.0	162.7
Cœur	HER1	Chirurgie cardiaque simple			3.3	-	0.7	-	35.3	10.7	39.7
	HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	51	135	0.7	-	-	-	324.0	125.0	499.0
	HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)		2	-	-	-	-	194.7	80.0	612.0
	HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe		56	-	-	-	-	17.7	30.0	46.0
	HER1.1.3	Chirurgie et interventions de		2'493	-	-	-	-	50.0	24.3	0.0
				1'600						5'147	

		l'aorte thoracique															
	HER1.1.4	Chirurgie de la valve aortique			-		-		-		-	159.0		58.0		0.0	
	HER1.1.5	Chirurgie de la valve mitrale			-		-		-		-	71.3		42.7		0.0	
	KAR1	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)			97.3		-		16.3		-	11.3		14.3		100.3	
	KAR1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)			9.7		2.0		37.3		-	1'301.0		930.0		2'878.0	
	KAR1.1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)			1.3		-		-		-	204.3		146.3		645.0	
	KAR1.2	Electrophysiologie (ablations)			-		-		0.7		-	124.7		138.7		164.7	
	KAR1.3	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)			23.0		-		1.0		-	0.0		-		162.3	
Néphrologie	NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	10	52	52.0	110	110.0	29	29.3	-	289	289.0	177	176.7	278	278.3	
Urologie	URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	42	714	607.3	11	8.0	203	183.7		-	1'370	983.0	1'409	997.0	2'057	1'412.3
	URO1.1	Urologie avec titre de formation			59.0		3.3		7.7				-		228.7		214.0

		approfondie 'Urologie opératoire'															
	URO1.1.1	Prostatectomie radicale			12.0		-		1.0		-		10.0		57.0		45.0
	URO1.1.2	Cystectomie radicale			6.3		-		1.7		-		35.3		25.0		91.0
	URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)			23.7		-		8.3		-		71.3		60.7		95.3
	URO1.1.4	Surrénalectomie isolée			0.7		-		-		-		12.3		10.7		18.0
	URO1.1.5	Plastie reconstructive de la jonction pyélo-urétérale			1.7		-		0.7		-		8.7		10.3		23.3
	URO1.1.6	Plastie reconstructive de l'urètre			0.3		-		0.3		-		17.3		44.3		31.3
	URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel			0.7		-		-		-		-		3.0		7.0
	URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs			2.0		-		-		-		3.7		6.0		29.7
Pneumologie	PNE1	Pneumologie			414.7		7.0		143.0		-		615.7		875.3		1'037. 7
	PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	28	617	185.0	9	-	148	2.0		-	779	47.0	1'012	3.0	1'160	3.3
	PNE1.2	Evaluation avant ou status après			2.3		1.0		1.0		-		35.0		89.7		13.3

		transplantation															
	PNE1.3	Mucoviscidose			7.0		0.3		0.7		-		58.0		16.3		75.3
	PNE2	Polysomnographie			8.3		0.7		1.0		-		23.3		29.0		30.3
Chirurgie thoracique	THO1	Chirurgie thoracique			18.3		-		0.3		-		74.3		37.3		71.7
	THO1.1	Néoplasmes malins du système respiratoire (résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	10	38	18.0	0	-	0	-	-	-	202	99.0	102	45.7	191	74.0
	THO1.2	Chirurgie du médiastin			1.7		-		-		-		28.3		19.0		45.3
Transplantations	TPL1	Transplantations cardiaques (CIMHS)			0.0		-		1.7		-		13.0		-		210.3
	TPL2	Transplantations pulmonaires (CIMHS)			-		-		-		-		20.0		2.0		-
	TPL3	Transplantations hépatiques (CIMHS)	10	0	-	0	-	2	-	-	-	79	-	72	37.0	210	-
	TPL4	Transplantations pancréatiques (CIMHS)			-		-		-		-		-		10.0		-
	TPL5	Transplantations rénales (CIMHS)			-		-		-		-		45.7		23.3		-
	TPL6	Transplantations intestinales			-		-		-		-		-		1.0		-
	TPL7	Transplantation de rate			-		-		-		-		-		1.0		-
Orthopédie	BEW1	Chirurgie de l'appareil	140	593	185.3	1'280	170.0	490	103.3		-	2'715	968.3	3'532	1'093.3	3'651	1'366.3

		locomoteur													
	BEW2	Orthopédie			58.0		87.7	38.0	-		258.0		9.3	158.0	
	BEW3	Chirurgie de la main			29.3		27.3	15.7	-		70.3		7.3	298.3	
	BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude			2.3		8.3	1.7	-		26.3		386.7	25.0	
	BEW5	Arthroscopie du genou			65.0		389.7	66.3	-		242.3		360.7	283.3	
	BEW6	Reconstruction de membres supérieurs			44.3		159.0	26.7	-		217.3		22.7	182.7	
	BEW7	Reconstruction de membres inférieurs			204.7		428.0	159.3	-		341.3		414.3	292.0	
	BEW8	Chirurgie de la colonne vertébrale			2.7		8.3	76.7	-		493.3		264.0	833.3	
	BEW8.1	Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale			-		0.7	1.3	-		70.7		346.3	164.3	
	BEW9	Tumeurs osseuses			0.3		-	0.3	-		9.7		542.0	19.0	
	BEW10	Chirurgie du plexus			1.0		1.0	-	-		14.3		77.0	13.3	
	BEW11	Réimplantations			-		-	0.3	-		3.0		8.3	15.3	
Rhumatologie	RHE1	Rhumatologie	10	62	49.0	22	20.3	41.3	-	190	157.0	225	168.3	262	170.7
	RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire			12.7		1.3	2.7	-		32.7		57.0	91.3	
Gynécologie	GYN1	Gynécologie	33	522	304.0	20	12.3	86.3	-	741	357.7	958	640.0	833	541.3
	GYN1.1	Néoplasmes malins de la vulve et du vagin			3.7		-	0.7	-		7.0		9.3	20.0	
	GYN1.2	Néoplasmes malins du col de l'utérus			2.0		-	-	-		3.3		2.3	8.0	

	GYN1.3	Néoplasmes malins du corps utérin			40.3		0.7		12.0		-		56.3		57.7		104.3	
	GYN1.4	Néoplasmes malins de l'ovaire			8.7		-		1.7		-		12.0		12.0		18.0	
	GYN2	Néoplasmes malins de la glande mammaire			163.0		7.0		51.3		-		290.7		236.7		141.3	
	PLC1	Interventions liées à la transsexualité			-		-		-		-		13.7		1.0		-	
Obstétrique	GEBH	Maisons de naissance (à partir de la 37e sem.)	10	-	-	-	-	-	-	5 3	53. 3	-	-	-	-	-	-	
	GEB1	Soins de base en obstétrique (à partir de la 34e semaine et >= 2000g)			1'792. 7		0.3		693.7		-		3'361.7		4'494. 3		1'866. 7	
	GEB1.1	Obstétrique (à partir de la 32e semaine et >= 1250g)	104	1'817		0		696		-		3'523		4'598		2'075		165.7
	GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée			5.0		-		0.7		-		28.0		13.3		42.7	
Nouveau-nés	NEO1	Soins de base aux nouveau-nés (dès âge gestationnel 34 0/7 SA et PN 2000g)	98	1'541		0		665		-		3'149		4'101		1'795		1'207. 3
	NEO1.1	Néonatalogie (dès âge gestationnel 32 0/7 SA et PN 1250g)			56.0		-		7.0		-		193.3		3'589. 0		126.7	

Annexe 12 Informations sur l'économicité des prestations

Soins somatiques aigus:

	HNE ¹⁰	GSMN-NE	HJU	TILIA	CHUV	HUG	INSEL
Coût par point SwissDRG de l'établissement en 2013 (en Frs)	11'162	10'854	10'814	9'830	10'455	11'783	11'754
Valeur de référence (coût moyen CH) ¹¹	11'085						

Réadaptation:

Réadaptation / Coût par point SwissDRG de l'établissement en 2013 (en Frs)	HNE	GSMN- NE	LAV	HVS	CRR	NMT	HJU	CBM	BET	REHAB	CSP	Tarif de référence 2015 du canton de Neuchâtel
Réadaptation musculo-squelettique	849.0	-	-	-	648.0	-	676.0	654.6	-	-	-	763.0
Réadaptation cardiovasculaire	-	-	-	576.1	-	500.0	-	-	-	-	-	415.0
Réadaptation pulmonaire	-	-	-	634.4	-	-	-	-	-	-	-	669.0
Réadaptation neurologique	849.0	-	1'026.0	-	933.0	-	-	685.8	879.0	1'678.0	-	763.0
Réadaptation paraplégique et tétraplégique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1'523.0	1'621.0	1'500.0
Réadaptation générale et polyvalente gériatrique	791.0	-	-	-	-	-	676.0	723.1	-	-	-	644.0

¹⁰ Le calcul du coût unitaire doit exclure les coûts relatifs aux prestations d'intérêt général (PIG). Comme la valorisation de ces prestations au sein de l'HNE n'est pas encore réalisée, le Conseil d'Etat a retenu 50% des coûts annoncés par l'HNE. Souhaitant éviter de créer une éventuelle distorsion de concurrence en l'absence de données plus précises, cette proportion lui paraît être un minimum au-dessous duquel il ne serait pas crédible de descendre. S'il admet ainsi une certaine inefficience de l'HNE, il n'entend pas préjuger des résultats des travaux en cours en retenant un tel taux.

¹¹ Source: SwissDRG SA, Présentation du système au Conseil d'administration, du 16 avril 2015. Modèle de calcul pour le degré de couverture avec un prix de base virtuel uniforme, basé sur les données 2013.

Annexe 13 Appréciation des critères d'adjudication, dans le domaine des soins aigus

Domaine de prestations	Groupes de prestations		HNE	GSMN-NE	HJU	CHUV	HUG	Inselspital
	Sigle	Désignations						
Orthopédie	BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	7	11	5	-	7	6
	BEW2	Orthopédie	7	11	5	-	4	6
	BEW3	Chirurgie de la main	7	11	-	7	4	6
	BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	6	11	-	-	6	6
	BEW5	Arthroscopie du genou	6	12	5	-	6	5
	BEW6	Reconstruction de membres supérieurs	6	12	5	7	3	6
	BEW7	Reconstruction de membres inférieurs	7	12	5	6	6	5
	BEW8	Chirurgie de la colonne vertébrale	6	9	-	7	6	6
	BEW8.1	Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale	-	-	-	7	6	6
	BEW9	Tumeurs osseuses	-	-	-	7	6	6
	BEW10	Chirurgie du plexus	-	-	-	7	6	6
BEW11	Réimplantations	-	-	-	7	-	6	

Annexe 14 Besoins non couverts admis par le Conseil d'Etat, dans le domaine des soins somatiques aigus

Domaine de prestations	Groupes de prestations	Remarques	besoins		manque à couvrir (absolu)		manque à couvrir (en %)	
	Sigle		2016	2022	2016	2022	2016	2022
Oto-rhino-laryngologie	HNO1.1	offre HNE 65 cas et HJU 10 cas < solde des besoins à couvrir (76 cas en 2020-2022): il manque 1 cas en 2020-2022	-	76	-	1	-	1%
Ophthalmologie	AUG1.3	offre GSMN-NE 10 cas < besoins (13-9 cas): il manque 3 cas en 2016, 2 cas en 2017-2018 et 1 cas en 2019.	13	9	3	-	23%	0%
Hématologie	HAE1	offre HNE 60 cas < besoins (62-63 cas): il manque 2-3 cas.	63	63	3	3	5%	5%
Hématologie	HAE3	offre HNE 40 cas < besoins (41-42 cas): il manque 1-2 cas en 2020-2022	-	41	-	1	-	2%
Vaisseaux	GEF2	offre HNE 30 cas < besoins (30-31 cas): il manque 1 cas en 2018, en 2021 et 2022.	30	31	-	1	0%	3%
Vaisseaux	RAD1	offre HNE 30 cas < besoins (31-32 cas): il manque 1-2 cas.	31	32	1	2	3%	6%
Pneumologie	PNE1.3	offre HNE 15 cas < besoins (16 cas en 2016-2017): il manque 1 cas en 2016-2017.	16	13	1	1	6%	8%

Annexe 15 Décisions d'attribution des mandats de prestations dans le domaine des soins aigus

Domaine de prestations	Groupes de prestations		HNE	GSMN-NE	HJU	TILIA	CHUV	HUG	INSEL	Mandats sous conditions
	Sigle	Désignations								
Paquet de base	BP	Paquet de base	✓	X	-			-		
Paquet de base programmé	BPE	Paquet de base programmé		✓	✓					
Dermatologie	DER1	Dermatologie (y c. vénéréologie)	✓					✓	✓	
	DER1.1	Oncologie dermatologique					✓	✓	✓	
	DER1.2	Affections cutanées graves					✓	✓	✓	
	DER2	Traitement des plaies	✓		✓			-	-	
Oto-rhino-laryngologie	HNO1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	✓ (190-253)	X	-			-	-	
	HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale	✓ (65)	X	✓ (10)			-	-	
	HNO1.1.1	Interventions ORL complexes (chirurgie tumorale interdisciplinaire)	✓ (4)					-	-	
	HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus	✓ (87-114)	X	-			-	-	
	HNO1.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)						✓	✓	✓
	HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympanoplasie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)	✓ (13-21)	X	-			-	-	-

	HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère					✓	✓	✓	
	HNO1.3.2	Implants cochléaires (CIMHS)								
	HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	✓ (65-67)	X	-		-	-	-	
	KIE1	Chirurgie maxillaire	✓ (25-28)				-	-	-	
Neurochirurgie	NCH1	Neurochirurgie crânienne					✓	✓	✓	
	NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée					✓	✓	✓	
	NCH2	Neurochirurgie spinale	✓	X			-	-	-	HNE: mandat sous conditions . L'établissement doit apporter la preuve qu'une convention de collaboration a été signée avec un établissement universitaire d'ici le 31.12.2015. Le nombre de cas réalisé sera réévalué dans les 3 ans.
	NCH3	Neurochirurgie périphérique		X				✓	✓	
Neurologie	NEU1	Neurologie	✓	X	X			-	-	
	NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux	✓		-		-	-	-	HNE: mandat sous conditions. L'établissement doit apporter la preuve qu'une convention de collaboration garantissant la mise en place d'un TUB a été signée avec un HU d'ici le 31.12.2015.
	NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)	X				✓	✓	✓	
	NEU3	Maladies cérébrovasculaires	✓		-		-	-	-	
	NEU3.1	Maladies cérébrovasculaires avec stroke unit (CIMHS)								
	NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe	✓					-	-	
	NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe	✓				X	-	-	
Ophthalmologie	AUG1	Ophtalmologie		✓ (22-25)				-	-	GSMN-NE: mandat sous conditions. L'établissement doit apporter la preuve qu'il respecte les conditions de travail de la CCT

									Santé21 au plus tard le 30.06.2017.
	AUG1.1	Strabologie	✓ (5)					✓	✓ GSMN-NE: mandat sous conditions. L'établissement doit apporter la preuve qu'il respecte les conditions de travail de la CCT Santé21 au plus tard le 30.06.2017.
	AUG1.2	Orbite, Paupières, Voies lacrimales	✓ (4-7)					-	- GSMN-NE: mandat sous conditions. L'établissement doit apporter la preuve qu'il respecte les conditions de travail de la CCT Santé21 au plus tard le 30.06.2017.
	AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur	✓ (9-13)					-	- GSMN-NE: mandat sous conditions. L'établissement doit apporter la preuve qu'il respecte les conditions de travail de la CCT Santé21 au plus tard le 30.06.2017.
	AUG1.4	Cataracte	✓ (30-59)					-	- GSMN-NE: mandat sous conditions. L'établissement doit apporter la preuve qu'il respecte les conditions de travail de la CCT Santé21 au plus tard le 30.06.2017.
	AUG1.5	Affections du corps vitré/de la cornée	✓ (34-35)					-	- GSMN-NE: mandat sous conditions. L'établissement doit apporter la preuve qu'il respecte les conditions de travail de la CCT Santé21 au plus tard le 30.06.2017.
Endocrinologie	END1	Endocrinologie	✓	X	-			-	-
Gastroentérologie	GAE1	Gastroentérologie	✓	X	-			-	-
	GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée	✓		X		-	-	-
Chirurgie viscérale	VIS1	Chirurgie viscérale	✓	X	X			-	-
	VIS1.1	Interventions majeures sur le pancréas (CIMHS)							
	VIS1.2	Interventions majeures sur le foie (CIMHS)							
	VIS1.3	Chirurgie de l'œsophage (CIMHS)							
	VIS1.4	Chirurgie bariatrique	✓	□	X			-	-
	VIS1.4.1	Chirurgie bariatrique spécialisée (CIMHS)							

	VIS1.5	Interventions sur le bas rectum (CIMHS)								
Hématologie	HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	✓		-		-	-	-	
	HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative					✓	✓	✓	
	HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	✓		-			-	-	
	HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	✓		-		-	-	-	
	HAE4	Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques					✓		✓	
	HAE5	Transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques (CIMHS)								
Vaisseaux	GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	✓	X			-	-	-	
	ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artérielles)	✓	X			-	-	-	
	GEF2	Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux	✓				-	-	-	
	ANG2	Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux	✓				-	-	-	
	GEF3	Chirurgie carotidienne	✓				-	-	-	
	ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens					✓	✓	✓	
	GEF4	Chirurgie vasculaire des vaisseaux intracrâniens (interventions électives, excl. AVC)					✓	✓	✓	

	ANG4	Interventions sur les vaisseaux intracrâniens (interventions électives, excl. AVC)					✓	✓	✓	
	RAD1	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)	✓	X	X		-	-	-	
Cœur	HER1	Chirurgie cardiaque simple	X				✓	✓	✓	
	HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)					✓	✓	✓	
	HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)					✓	X	✓	
	HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe					✓	✓	✓	
	HER1.1.3	Chirurgie et interventions de l'aorte thoracique					✓	✓	✓	
	HER1.1.4	Chirurgie de la valve aortique					✓	✓	✓	
	HER1.1.5	Chirurgie de la valve mitrale					✓	✓	✓	
	KAR1	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)	✓		-		-	-	-	
	KAR1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	✓				✓	✓	✓	
	KAR1.1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)					✓	✓	✓	
	KAR1.2	Electrophysiologie (ablations)					✓	✓	✓	
	KAR1.3	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)	✓				-	-	-	

Néphrologie	NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	✓	✓	-			-	HNE: mandat sous conditions. L'établissement doit apporter la preuve, d'ici le 30.06.2017, qu'il dispose d'un centre de dialyse ambulatoire et de dialyse péritonéale. Dans l'intervalle, il doit conclure une convention de collaboration avec GSMN-NE sur ce sujet, d'ici au 31.06.2016.
									GSMN-NE: mandat sous conditions. L'établissement doit apporter la preuve, d'ici le 30.06.2016, qu'il dispose d'une convention de collaboration avec HNE lui permettant de bénéficier d'un service de soins intensifs de niveau 2 et du Paquet de base. En outre, l'établissement doit apporter la preuve qu'il respecte les conditions de travail de la CCT Santé 21 au plus tard le 30.06.2017.
Urologie	URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	✓ (622-627)	X	-			-	
	URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	✓ (85-86)	X	-			-	
	URO1.1.1	Prostatectomie radicale	✓ (17-18)	X	X			-	
	URO1.1.2	Cystectomie radicale	✓ (11-12)	X	X			-	HNE: mandat sous condition. L'établissement doit apporter la preuve que l'activité réalisée au cours des années 2016 et 2017 permette de remplir l'exigence du nombre minimum de 10 cas requis par le modèle GPPH pour cette prestation.
	URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	✓ (33-35)	X	X			-	
	URO1.1.4	Surrénalectomie isolée	✓ (1)	X				-	

	URO1.1.5	Plastie reconstructive de la jonction pyélo-urétérale	✓ (1)	X			-	-	-	
	URO1.1.6	Plastie reconstructive de l'urètre	✓ (8-9)	X			-	-	-	
	URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	✓ (2)	X			-	-	-	
	URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	✓ (4)	X			-	-	-	
Pneumologie	PNE1	Pneumologie	✓				-	-	-	
	PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	✓				-	-	-	
	PNE1.2	Evaluation avant ou status après transplantation	✓				-	-	-	HNE: mandat sous condition qu'une convention de collaboration continue d'exister avec un établissement universitaire dans le domaine TPL2.
	PNE1.3	Mucoviscidose	✓				-	-	-	
	PNE2	Polysomnographie					✓	✓	✓	
Chirurgie thoracique	THO1	Chirurgie thoracique	✓				-	-	-	
	THO1.1	Néoplasmes malins du système respiratoire (résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	✓				✓	-	-	HNE: mandat sous condition qu'une convention de collaboration avec un établissement universitaire, à conclure avant le 30.06.2016, permette de remplir l'exigence requise concernant la question des soins intensifs.
	THO1.2	Chirurgie du médiastin	✓				✓	-	-	HNE: mandat sous condition qu'une convention de collaboration avec un établissement universitaire, à conclure avant le 30.06.2016, permette de remplir l'exigence requise concernant la question des soins intensifs.
Transplantations	TPL1	Transplantations cardiaques (CIMHS)								
	TPL2	Transplantations pulmonaires (CIMHS)								

	TPL3	Transplantations hépatiques (CIMHS)									
	TPL4	Transplantations pancréatiques (CIMHS)									
	TPL5	Transplantations rénales (CIMHS)									
	TPL6	Transplantations intestinales							✓	✓	
	TPL7	Transplantation de rate							✓	✓	
Orthopédie	BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	✓ (200-250)	✓ (127-176)	-				-	-	GSMN-NE: mandat sous conditions. L'établissement doit apporter la preuve qu'il respecte les conditions de travail de la CCT Santé21 au plus tard le 30.06.2017.
	BEW2	Orthopédie	✓ (80-90)	✓ (11-44)	-				-	-	GSMN-NE: mandat sous conditions. L'établissement doit apporter la preuve qu'il respecte les conditions de travail de la CCT Santé21 au plus tard le 30.06.2017.
	BEW3	Chirurgie de la main	✓ (40-45)	✓ (29-34)					-	-	GSMN-NE: mandat sous conditions. L'établissement doit apporter la preuve qu'il respecte les conditions de travail de la CCT Santé21 au plus tard le 30.06.2017.
	BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	✓ (5)	✓ (11-12)					-	-	GSMN-NE: mandat sous conditions. L'établissement doit apporter la preuve qu'il respecte les conditions de travail de la CCT Santé21 au plus tard le 30.06.2017.
	BEW5	Arthroscopie du genou	✓ (90-100)	✓ (171-277)	-				-	-	GSMN-NE: mandat sous conditions. L'établissement doit apporter la preuve qu'il respecte les conditions de travail de la CCT Santé21 au plus tard le 30.06.2017.
	BEW6	Reconstruction de membres supérieurs	✓ (70-75)	✓ (118-127)	-				-	-	GSMN-NE: mandat sous conditions. L'établissement doit apporter la preuve qu'il respecte les conditions de travail de la CCT Santé21 au plus tard le 30.06.2017.
	BEW7	Reconstruction de membres inférieurs	✓ (250-300)	✓ (321-370)	-				-	-	GSMN-NE: mandat sous conditions. L'établissement doit apporter la preuve qu'il respecte les conditions de travail de la CCT Santé21 au plus tard le 30.06.2017.

	BEW8	Chirurgie de la colonne vertébrale	✓ (61-78)	✓ (230)	-		-	-	-	GSMN-NE: mandat sous conditions. L'établissement doit apporter la preuve qu'il respecte les conditions de travail de la CCT Santé21 au plus tard le 30.06.2017.
	BEW8.1	Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale		X			✓	✓	✓	
	BEW9	Tumeurs osseuses					✓	✓	✓	
	BEW10	Chirurgie du plexus					✓	✓	✓	
	BEW11	Réimplantations					✓	✓	✓	
Rhumatologie	RHE1	Rhumatologie	✓ (63-69)	-	-			-	-	
	RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire	✓ (16-17)					-	-	
Gynécologie	GYN1	Gynécologie	✓ (311-332)	X	-	-		-	-	
	GYN1.1	Néoplasmes malins de la vulve et du vagin	✓ (4-5)				-	-	-	
	GYN1.2	Néoplasmes malins du col de l'utérus	✓ (2)				-	-	-	
	GYN1.3	Néoplasmes malins du corps utérin	✓ (51-54)	X			-	-	-	
	GYN1.4	Néoplasmes malins de l'ovaire	✓ (13-14)				-	-	-	
	GYN2	Néoplasmes malins de la glande mammaire	✓ (221-232)	X	-		-	-	-	
	PLC1	Interventions liées à la transsexualité					✓		X	
Obstétrique	GEBH	Maisons de naissance (à partir de la 37e sem.)				✓			-	TILIA: mandat sous conditions. L'établissement doit apporter la preuve qu'il dispose d'un concept d'assurance qualité au cours de l'année 2016 et assurer une présence permanente d'une sage-femme lorsqu'une parturiente est présente.

	GEB1	Soins de base en obstétrique (à partir de la 34e semaine et >= 2000g)	✓		-			-	-	
	GEB1.1	Obstétrique (à partir de la 32e semaine et >= 1250g)	✓					-	-	
	GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée	✓				✓	✓	✓	
Nouveau-nés	NEO1	Soins de base aux nouveau-nés (dès âge gestationnel 34 0/7 SA et PN 2000g)	✓		-			-	-	
	NEO1.1	Néonatalogie (dès âge gestationnel 32 0/7 SA et PN 1250g)	✓				-	-	-	
	NEO1.1.1	Néonatalogie spécialisée (dès âge gestationnel 28 0/7 SA et PN 1000g)	✓				✓	✓	✓	HNE: mandat sous condition d'une convention de collaboration avec un établissement universitaire d'ici le 31.06.2016
	NEO1.1.1.1	Néonatalogie très spécialisée (âge gestationnel <28 0/7 SA et PN <1000g)					✓	✓	✓	
(Radio-) oncologie	ONK1	Oncologie	✓		✓			-	-	
	RAO1	Radio-oncologie	✓				-	-	-	HNE: mandat sous condition d'une convention de collaboration avec un établissement universitaire d'ici le 31.06.2016, garantissant le niveau de disponibilité requis par le modèle GPPH.
	NUK1	Médecine nucléaire	✓				-	-	-	
Traumatismes graves	UNF1	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)	✓				-	-	-	
	UNF1.1	Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes crano-cérébraux)					✓	✓	✓	
	UNF2	Brûlures étendues (CIMHS)								
Domaines pluridisciplinaires	KINM	Pédiatrie	✓		✓			✓	✓	
	KINB	Chirurgie pédiatrique de base	✓	-	✓			-		

	KINC	Chirurgie pédiatrique					✓	✓	✓	
	GER	Centre de compétence en gériatrie aiguë	✓		✓			-	-	

✓: établissement ayant postulé, respectant les exigences et recevant un mandat de prestations

-: établissement ayant postulé, respectant les exigences, mais ne recevant pas de mandat de prestations

X: établissement ayant postulé, ne respectant pas les exigences et ne recevant pas de mandat de prestations

: établissement n'ayant pas postulé ou prestation relevant de la CIHMS (non concerné par la planification cantonale)

(): limites fixées selon une fourchette dont le plancher correspond aux besoins minimaux et le plafond aux besoins maximaux identifiés

Annexe 16 Besoins identifiés à couvrir par la liste hospitalière, selon le scénario Haut d'évolution, dans le domaine des soins aigus

Domaines de prestation		Groupes de prestations	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Oto-rhino-laryngologie	HNO1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	253	243	233	223	213	202	190
	HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale	75	75	75	75	76	76	76
	HNO1.1.1	Interventions ORL complexes (chirurgie tumorale interdisciplinaire)	4	4	4	4	4	4	4
	HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus	114	109	105	101	96	92	87
	HNO1.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)	6	6	6	7	7	7	7
	HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympaanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)	21	20	19	17	16	14	13
	HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère	0	0	0	0	0	0	0
	HNO1.3.2	Implants cochléaires (CIMHS)							
	HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	65	65	65	65	65	66	67
	KIE1	Chirurgie maxillaire	28	28	28	27	27	26	25
Ophthalmologie	AUG1	Ophtalmologie	25	25	24	23	23	22	22
	AUG1.1	Strabologie	0	0	0	0	0	0	0
	AUG1.2	Orbite, Paupières, Voies lacrimales	7	7	7	6	5	5	4
	AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur	13	12	12	11	10	9	9
	AUG1.4	Cataracte	59	54	49	45	40	36	30
	AUG1.5	Affections du corps vitré/de la cornée	34	34	34	35	35	36	35
Urologie	URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	627	626	627	625	624	624	622
	URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	85	85	85	86	86	86	86

	URO1.1.1	Prostatectomie radicale	17	17	17	17	17	17	18
	URO1.1.2	Cystectomie radicale	12	12	12	11	11	11	11
	URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	33	34	34	34	34	35	35
	URO1.1.4	Surrénalectomie isolée	1	1	1	1	1	1	1
	URO1.1.5	Plastie reconstructive de la jonction pyélo-urétérale	1	1	1	1	1	1	1
	URO1.1.6	Plastie reconstructive de l'urètre	8	9	9	9	9	9	9
	URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	2	2	2	2	2	2	2
	URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	4	4	4	4	4	4	4
Orthopédie	BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	376	377	379	381	382	385	386
	BEW2	Orthopédie	124	120	117	113	110	106	101
	BEW3	Chirurgie de la main	74	74	74	74	74	74	74
	BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	16	16	16	17	16	17	17
	BEW5	Arthroscopie du genou	367	352	337	320	303	289	271
	BEW6	Reconstruction de membres supérieurs	191	193	195	198	199	201	202
	BEW7	Reconstruction de membres inférieurs	613	621	632	641	650	659	670
	BEW8	Chirurgie de la colonne vertébrale	291	293	297	300	303	306	308
	BEW8.1	Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale	26	27	27	27	27	27	28
	BEW9	Tumeurs osseuses	0	0	0	0	0	0	0

	BEW10	Chirurgie du plexus	4	4	4	4	4	5	5
	BEW11	Réimplantations	2	2	2	2	2	2	2
Rhumatologie	RHE1	Rhumatologie	69	67	66	66	65	64	63
	RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire	16	16	17	17	17	17	17
Gynécologie	GYN1	Gynécologie	332	328	326	321	318	314	311
	GYN1.1	Néoplasmes malins de la vulve et du vagin	4	5	5	5	5	5	5
	GYN1.2	Néoplasmes malins du col de l'utérus	2	2	2	2	2	2	2
	GYN1.3	Néoplasmes malins du corps utérin	51	52	52	53	53	54	54
	GYN1.4	Néoplasmes malins de l'ovaire	14	14	14	14	13	13	13
	GYN2	Néoplasmes malins de la glande mammaire	221	224	226	226	229	231	232
	PLC1	Interventions liées à la transsexualité							

Annexe 17 Répartition du nombre de cas par mandats selon le scénario Haut d'évolution des besoins, dans le domaine des soins aigus

Domaines de prestation		Groupes de prestations	Hôpital	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Hôpital	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Oto-rhino-laryngologie	HNO1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	HNE	253	243	233	223	213	202	190								
	HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale	HNE	65	65	65	65	65	65	65	HJU	10	10	10	10	10	10	10
	HNO1.1.1	Interventions ORL complexes (chirurgie tumorale interdisciplinaire)	HNE	4	4	4	4	4	4	4								
	HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus	HNE	114	109	105	101	96	92	87								
	HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympaanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)	HNE	21	20	19	17	16	14	13								
	HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	HNE	65	65	65	65	65	66	67								
	KIE1	Chirurgie maxillaire	HNE	28	28	28	27	27	26	25								
Ophthalmologie	AUG1	Ophthalmologie	GSMN-NE	25	25	24	23	23	22	22								
	AUG1.1	Strabologie	GSMN-NE	5	5	5	5	5	5	5								
	AUG1.2	Orbite, Paupières, Voies lacrimales	GSMN-NE	7	7	7	6	5	5	4								
	AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur	GSMN-NE	13	12	12	11	10	9	9								
	AUG1.4	Cataracte	GSMN-NE	59	54	49	45	40	36	30								
	AUG1.5	Affections du corps vitré/de la cornée	GSMN-NE	34	34	34	35	35	36	35								
Urologie	URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	HNE	627	626	627	625	624	624	622								
	URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	HNE	85	85	85	86	86	86	86								

	URO1.1.1	Prostatectomie radicale	HNE	17	17	17	17	17	17	18								
	URO1.1.2	Cystectomie radicale	HNE	12	12	12	11	11	11	11								
	URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	HNE	33	34	34	34	34	35	35								
	URO1.1.4	Surrénalectomie isolée	HNE	1	1	1	1	1	1	1								
	URO1.1.5	Plastie reconstructive de la jonction pyélo-urétérale	HNE	1	1	1	1	1	1	1								
	URO1.1.6	Plastie reconstructive de l'urètre	HNE	8	9	9	9	9	9	9								
	URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	HNE	2	2	2	2	2	2	2								
	URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	HNE	4	4	4	4	4	4	4								
Orthopédie	BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	HNE	200	250	250	250	250	250	250	GSMN-NE	176	127	129	131	132	135	136
	BEW2	Orthopédie	HNE	80	90	90	90	90	90	90	GSMN-NE	44	30	27	23	20	16	11
	BEW3	Chirurgie de la main	HNE	40	45	45	45	45	45	45	GSMN-NE	34	29	29	29	29	29	29
	BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	HNE	5	5	5	5	5	5	5	GSMN-NE	11	11	11	12	11	12	12
	BEW5	Arthroscopie du genou	HNE	90	100	100	100	100	100	100	GSMN-NE	277	252	237	220	203	189	171
	BEW6	Reconstruction de membres supérieurs	HNE	70	75	75	75	75	75	75	GSMN-NE	121	118	120	123	124	126	127
	BEW7	Reconstruction de membres inférieurs	HNE	250	300	300	300	300	300	300	GSMN-NE	363	321	332	341	350	359	370
	BEW8	Chirurgie de la colonne vertébrale	HNE	61	63	67	70	73	76	78	GSMN-NE	230	230	230	230	230	230	230
	TOTAL (limite maximale de cas attribués à GSMN-NE en 2016, voir chapitre 5.3.1)										GSMN-NE	1'500						

Rhumatologie	RHE1	Rhumatologie	HNE	69	67	66	66	65	64	63								
	RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire	HNE	16	16	17	17	17	17	17								
Gynécologie	GYN1	Gynécologie	HNE	332	328	326	321	318	314	311								
	GYN1.1	Néoplasmes malins de la vulve et du vagin	HNE	4	5	5	5	5	5	5								
	GYN1.2	Néoplasmes malins du col de l'utérus	HNE	2	2	2	2	2	2	2								
	GYN1.3	Néoplasmes malins du corps utérin	HNE	51	52	52	53	53	54	54								
	GYN1.4	Néoplasmes malins de l'ovaire	HNE	14	14	14	14	13	13	13								
	GYN2	Néoplasmes malins de la glande mammaire	HNE	221	224	226	226	229	231	232								

Annexe 18 Besoins hospitaliers à couvrir par la liste hospitalière, dans le domaine de la réadaptation

Groupes de prestations	Part de cas à ne pas couvrir	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Musculo-squelettique	13.80%	830	836	843	848	853	860	865
Cardiovasculaire	0.70%	439	436	435	434	430	428	428
Pulmonaire	28.56%	122	122	122	122	122	121	122
Neurologique	6.70%	219	220	221	221	222	224	224
Paraplégique et tétraplégique	26.85%	25	26	26	26	26	27	28
Générale et polyvalente gériatrique	15.19%	589	592	595	598	603	608	611
Total	12.37%	2224	2232	2243	2250	2256	2267	2277

Annexe 19 Capacités offertes par les établissements en 2016 et 2022, dans le domaine de la réadaptation

	HNE							GSMN-NE							LAV							HVS													
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022							
Réadaptation musculo-squelettique	820	820	820	820	820	820	820	350	400	450	450	450	450	450	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Réadaptation cardiovasculaire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	25	25	25	25	-	-	-	-	-	-	-	-
Réadaptation pulmonaire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	25	25	25	25	-	-	-	-	-	-	-	-
Réadaptation neurologique	200	230	265	304	350	402	483	-	-	-	-	-	-	-	4	4	5	6	6	6	6	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Réadaptation paraplégique et tétraplégique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Réadaptation générale et polyvalente gériatrique	1'000	1'100	1'200	1'300	1'300	1'400	1'500	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	CRR							NMT							HJU							CBM								
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Réadaptation musculo-squelettique	5	5	5	5	5	5	5	-	-	-	-	-	-	-	30	40	50	50	50	50	50	50	oui	20	20	20	20	20	20	20
Réadaptation cardiovasculaire	-	-	-	-	-	-	-	1'000	1'000	1'000	1'000	1'000	1'000	1'000	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-
Réadaptation pulmonaire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-
Réadaptation neurologique	3	3	3	3	3	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	50	50	50	50	50	50	50
Réadaptation paraplégique et tétraplégique	2	2	2	2	2	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-
Réadaptation générale et polyvalente gériatrique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	40	50	50	50	50	50	50	oui	40	40	40	40	40	40	40


	BET							REHAB							CSP							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Réadaptation musculo-squelettique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Réadaptation cardiovasculaire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Réadaptation pulmonaire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Réadaptation neurologique	45	47	49	51	54	57	60	170	170	170	170	170	170	170	-	-	-	-	-	-	-	-
Réadaptation paraplégique et tétraplégique	-	-	-	-	-	-	-	230	230	230	230	230	230	230	25	25	25	25	28	28	28	28
Réadaptation générale et polyvalente gériatrique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Annexe 20 Analyse du respect des exigences relatives aux groupes de prestations, dans le domaine de la réadaptation

	HNE	GSMN-NE	LAV	HVS	CRR	NMT	HJU	CBM	BET	REHAB	CSP
Réadaptation musculo-squelettique	✓	X			✓		✓	✓			
Réadaptation cardiovasculaire				X		✓					
Réadaptation pulmonaire				X							
Réadaptation neurologique	✓		X		✓			✓	✓	✓	
Réadaptation paraplégique et tétraplégique					✓					✓	✓
Réadaptation générale et polyvalente gériatrique	✓						✓	X			

✓: établissement ayant postulé et respectant les exigences relatives aux domaines et aux groupes de prestations

X: établissement ayant postulé et ne respectant pas les exigences relatives aux domaines et aux groupes de prestations

 établissement n'ayant pas postulé

Explications:

GSMN-NE: *GSMN-NE* n'a pas formellement déployé d'activité de réadaptation durant les années 2012 à 2014, année d'observation pour la présent planification hospitalière. L'évaluation réalisée nous amène dès lors à conclure que *GSMN-NE* n'atteint pas la masse critique requise pour pouvoir prétendre à l'obtention d'un mandat de prestations dans le domaine de la réadaptation musculo-squelettique. *GSMN-NE* estime cependant satisfaisante à cette exigence et argumente comme suit: "GSMN-NE s'est occupé en 2014 de 143 patients qui n'ont pas pu bénéficier

de soins de réadaptation au sein d'HNE à la date convenue et cela sans financement. Dès lors, nous avons relevé, pour l'année 2014, tous les patients de GSMN-NE qui ont ou auraient dû bénéficier d'une réadaptation de l'appareil locomoteur. Etant donné que nous n'avons pu facturer ces prestations fournies, nous n'avons pas de relevé assurantiel et tarifaire adéquat, ni de calcul d'économicité possible. De plus, étant donné que l'accès aux soins de réadaptation musculo-squelettique est parfois impossible, de nombreuses demandes n'ont même pas été déposées pour les séjours de courte durée." Le Conseil d'Etat ne peut se satisfaire de cette explication qui ne démontre pas que GSMN-NE a fourni des prestations de réadaptation.

Hôpital du Valais: concernant la réadaptation cardiovasculaire, l'activité moyenne annoncée pour 2012-2014 est de 212 cas. Toutefois, l'exigence médicale spécifique à cette prestation requiert un nombre de 250 cas. Concernant la réadaptation pulmonaire, l'activité moyenne annoncée pour 2012-2014 est de 144 cas alors que l'exigence médicale spécifique à cette prestation requiert un minimum de 250 cas.

Institut de Lavigny: L'établissement annonce ne pas remplir actuellement l'exigence spécifique relative au service de garde et qu'elle ne sera pas en mesure de le faire à l'horizon 2016.

Clinique Bernoise Montana: L'établissement indique que CBM ne possède ni directeur médical ou médecin-chef, ni médecins cadres et personnel soignant en réadaptation polyvalente gériatrique. CBM indique en outre qu'elle ne soumissionne pas pour la réadaptation polyvalente gériatrique mais pour la réadaptation en médecine interne-oncologie et psychosomatique, mandats qui ne sont pas mis au concours en tant que tels. Par conséquent, il est conclu que la CBM ne remplit pas les exigences spécifiques posées pour pouvoir postuler à un mandat de réadaptation générale et polyvalente gériatrique.

Annexe 21 Masse critique et activité moyenne 2012 – 2014 par domaine de prestations, par établissement, dans le domaine de la réadaptation

	5% ou 10 cas	Activité moyenne 2012-2014										
		HNE	GSMN-NE	LAV	HVS	CRR	NMT	HJU	CBM	BET	REHAB	CSP
Réadaptation musculo-squelettique	48	830	-	-	-	764	0	407	285	-	-	-
Réadaptation cardiovasculaire	23	-	-	-	212	-	877	-	-	-	-	-
Réadaptation pulmonaire	9	-	-	-	144	-	-	-	-	-	-	-
Réadaptation neurologique	12	199	-	284	0	225	-	-	656	849	171	-
Réadaptation paraplégique et tétraplégique	10	0	-	-	-	77	-	3	-	-	233	1'219
Réadaptation générale et polyvalente gériatrique	34	905	-	-	-	-	-	562	440	-	-	-

Annexe 22 Analyse des critères d'adjudication, dans le domaine de la réadaptation

Scores globaux, regroupant les critères de l'accès aux prestations, de l'économicité et de la qualité	HNE	LAV	HVS	CRR	NMT	HJU	CBM	BET	REHAB	CSP
Réadaptation musculo-squelettique	11			9		9	8			
Réadaptation cardiovasculaire			5		9					
Réadaptation pulmonaire			9							
Réadaptation neurologique	11	7		7			9	10	6	
Réadaptation paraplégique et tétraplégique				8					8	8
Réadaptation générale et polyvalente gériatrique	10					9	8			

NB: les scores les plus élevés sont les meilleurs.


Annexe 23 Décisions d'attribution des mandats de prestations, dans le domaine de la réadaptation

	HNE	GSMN-NE	LAV	HVS	CRR	NMT	HJU	CBM	BET	REHAB	CSP	Mandats sous conditions
Réadaptation musculo-squelettique	✓	-			-		✓	-				
Réadaptation cardiovasculaire				-		✓						
Réadaptation pulmonaire				✓								HVS: mandat attribué sous condition d'atteindre le nombre minimum de cas requis au terme des années 2016 et 2017.
Réadaptation neurologique	✓		X		-			-	✓	-		
Réadaptation paraplégique et tétraplégique					✓					✓	✓	
Réadaptation générale et polyvalente gériatrique	✓						-	-				

✓: établissement ayant postulé, respectant les exigences et recevant un mandat de prestation

-: établissement ayant postulé, respectant les exigences, mais ne recevant pas de mandat de prestation

X: établissement ayant postulé et ne respectant pas les exigences

 : établissement n'ayant pas postulé

Annexe 24 Besoins hospitaliers à couvrir par la liste hospitalière, dans le domaine de la psychiatrie

Groupes de prestations	Part de cas à ne pas couvrir	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Pédopsychiatrie	11.00%	32	32	32	32	32	32	32
Psychiatrie de l'adolescent	2.90%	71	70	70	71	71	73	73
Psychiatrie de l'adulte	7.63%	1'041	1'055	1'069	1'081	1'092	1'105	1'116
Psychiatrie de l'âge avancé et psychogériatrie	1.89%	362	373	384	393	404	416	429
Total	6.17%	1'506	1'530	1'555	1'577	1'599	1'626	1'650

Annexe 25 Capacités offertes par les établissements en 2016 et 2022, dans le domaine de la psychiatrie

	HNE							CNP						
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Pédopsychiatrie	70	75	80	85	90	95	100	-	-	-	-	-	-	-
Psychiatrie de l'adolescent	-	-	-	-	-	-	-	110	110	110	110	110	110	110
Psychiatrie de l'adulte	-	-	-	-	-	-	-	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200
Psychiatrie de l'âge avancé	-	-	-	-	-	-	-	500	500	500	500	500	500	500

Annexe 26 Décisions d'attribution des mandats de prestations, dans le domaine de la psychiatrie

	HNE	CNP	Mandats sous conditions
Pédopsychiatrie	✓		
Psychiatrie de l'adolescent		✓	CNP: mandat sous condition. L'établissement doit apporter la preuve, d'ici le 30.06.2016, qu'il est au bénéfice d'une convention de collaboration avec HNE lui permettant de disposer d'infrastructure et équipement pour des électro-encéphalogrammes, de service de consultation en gynécologie et de service de consultation en pédiatrie.
Psychiatrie de l'adulte		✓	CNP: mandat sous condition. L'établissement doit apporter la preuve, d'ici le 30.06.2016, qu'il est au bénéfice d'une convention de collaboration avec HNE lui permettant de disposer d'infrastructure et équipement pour des électro-encéphalogrammes, de service de consultation en gynécologie et de service de consultation en neurologie.
Psychiatrie de l'âge avancé		✓	CNP: mandat sous condition. L'établissement doit apporter la preuve, d'ici le 30.06.2016, qu'il est au bénéfice d'une convention de collaboration avec HNE lui permettant de disposer d'infrastructure et équipement pour des électro-encéphalogrammes, de service de consultation en gynécologie et de service de consultation en neurologie.

✓ : établissement ayant postulé, respectant les exigences et recevant un mandat de prestation

■ : établissement n'ayant pas postulé