

RAPPORT

DU CONSEIL D'ETAT

CONCERNANT

LA PLANIFICATION HOSPITALIERE

NEUCHÂTELOISE 2016

2^{ÈME} PARTIE: CONDITIONS-CADRES

DU 17 DÉCEMBRE 2014

TABLE DES MATIÈRES

1	Introduction	4
1.1	Rappel du processus de planification hospitalière	4
1.2	Synthèse de l'évaluation des besoins	4
1.3	Conditions-cadres définies pour la planification hospitalière 2012-2014	5
2	Méthodologie pour la définition des conditions-cadres	7
2.1	Conditions d'accès à la liste hospitalière	7
2.1.1	Critères impératifs	8
2.1.2	Conditions générales	8
2.1.3	Critères d'adjudication	8
3	Conditions-cadres pour la planification hospitalière 2016	9
3.1	Généralités	9
3.1.1	Lien avec la politique sanitaire cantonale	9
3.1.2	Gestion des quantités	9
3.1.3	Collaborations interinstitutionnelles	11
3.1.4	Dérogation	11
3.1.5	Modification des mandats de prestations	12
3.1.6	Sanctions	12
3.2	Critères impératifs	13
3.2.1	Autorisations	13
3.2.2	Disponibilité et capacité à remplir son mandat	14
3.2.3	Pérennité financière	15
3.2.4	Qualité	16
3.3	Conditions générales	17
3.3.1	Contrat de prestations	17
3.3.2	Obligation d'admission	19
3.3.3	Dossier patient informatisé	19
3.3.4	Conditions de travail	20
3.3.5	Transparence	21
3.3.6	Implications en matière de santé publique	25
3.3.7	Pérennité de l'institution	26
3.3.8	Participation à la formation	26
3.3.9	Participation à la réinsertion / l'insertion professionnelles	28
3.3.10	Droits des patients	28

3.3.11	Marchés publics	29
3.3.12	Obligations en cas de cessation d'activité	29
3.4	Critères d'adjudication	30
3.4.1	Caractère économique	30
3.4.2	Qualité.....	30
3.4.3	Accès au traitement dans un délai utile	31
3.4.4	Langue.....	32
4	Suite des travaux.....	33
5	Consultation	34
6	Conclusion	36
7	Annexes	37

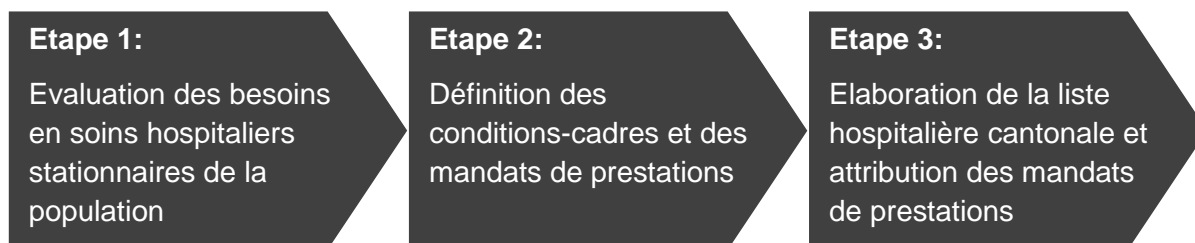
1 INTRODUCTION

1.1 Rappel du processus de planification hospitalière

En application des dispositions fédérales (loi fédérale sur l'assurance-maladie – LAMal) et cantonales (loi de santé – LS) en la matière, le Conseil d'Etat a décidé d'élaborer une nouvelle planification hospitalière pour la période portant de 2016 à 2022 et d'arrêter une nouvelle liste hospitalière entrant en vigueur au 1^{er} janvier 2016.

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, décrites dans la Figure 1 ci-dessous, 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 suivant.

La deuxième 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. Le présent rapport traite spécifiquement de cette seconde étape.

Cette dernière est nécessaire pour réaliser la troisième qui consiste en l'élaboration de la liste hospitalière, à la suite d'un appel d'offres.

1.2 Synthèse de l'évaluation des besoins

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

hospitalière¹ (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 (voir l'Annexe 1), eux-mêmes subdivisés en 126 groupes de prestations (voir rapport sur l'évaluation des besoins), 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 uniquement 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 (voir l'Annexe 1).

- 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), la baisse du nombre de cas liée à l'évolution de la prise en charge venant 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). 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).

Les chiffres avancés ici correspondent au besoin global de la population. Dans la troisième étape du processus, 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.

1.3 Conditions-cadres définies pour la planification hospitalière 2012-2014

Dans le cadre de l'élaboration de la liste hospitalière 2012-2014, le Conseil d'Etat a fixé, dans un arrêté du 6 septembre 2011, une série de critères à remplir par les hôpitaux pour figurer sur ladite liste et se voir octroyer des mandats de prestations. Il entendait ainsi garantir une analyse transparente et un traitement équitable de l'ensemble des hôpitaux publics 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, il a retenu deux types de critères:

¹ 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.

- des critères impératifs que tous les fournisseurs de prestations (hôpitaux et maisons de naissance) devaient remplir pour pouvoir participer à la procédure d'octroi, notamment l'obligation d'admission de tous les patients LAMal, la justification d'une masse critique suffisante pour garantir la qualité des prestations et l'application des conditions de travail selon la CCT Santé 21;
- des critères d'adjudication qui devaient permettre au Conseil d'Etat d'effectuer un choix définitif pour l'octroi des mandats parmi les fournisseurs de prestations (hôpitaux et maisons de naissance) remplissant les critères impératifs, lorsque l'offre était supérieure aux besoins planifiés, notamment l'économicité et la qualité des prestations ou l'accès aux traitements.

L'Hôpital de la Providence a fait recours contre cet arrêté auprès du Tribunal fédéral (TF) qui a considéré qu'il était sans objet du moment que l'institution figurait sur la liste hospitalière pour l'ensemble des mandats qu'elle avait sollicités. Le TF a néanmoins relevé qu'«il est très probable qu'il ne serait pas entré en matière sur la conclusion principale du recours tendant à l'annulation globale de l'arrêté». En l'occurrence, il a considéré que seul 1 des 16 critères contenus dans cet arrêté, à savoir celui demandant l'adhésion de l'établissement à l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), comme potentiellement inadéquat (contraire à la liberté d'association garantie par la Constitution fédérale), ce qui ne remet pas du tout en cause la volonté de renforcement de la qualité exprimée par le Conseil d'Etat par cette condition. Au passage, on relèvera que la Providence était de toute façon membre de l'ANQ.

La Clinique Montbrillant a, de son côté, recouru contre l'arrêté fixant la liste hospitalière 2012-2014, du 21 décembre 2011, devant le Tribunal administratif fédéral (TAF). Ce recours a été rejeté par cette instance permettant ainsi de valider le processus retenu, les choix effectués ainsi que les critères appliqués par le Conseil d'Etat lors de l'élaboration de cette liste. Le critère de la justification d'une masse critique suffisante a notamment été validé par le TAF.

2 MÉTHODOLOGIE POUR LA DÉFINITION DES CONDITIONS-CADRES

2.1 Conditions d'accès à la liste hospitalière

Il relève de la compétence du Conseil d'Etat d'établir la planification hospitalière cantonale selon la LAMal et la LS. Pour rappel, les buts poursuivis par la planification sont de garantir la couverture des besoins en soins hospitaliers stationnaires de la population, d'assurer un standard de qualité minimum et de maîtriser les coûts. Il convient en effet de relever à cet égard que 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%. Enfin, le Conseil d'Etat est le garant de la cohérence de sa politique sanitaire cantonale et du fait que la planification hospitalière s'inscrive plus largement dans ce cadre.

Par conséquent, le Conseil d'Etat estime qu'il est en droit de demander le respect d'un certain nombre de critères pour pouvoir figurer sur la liste hospitalière. L'article 83a LS lui donne d'ailleurs cette compétence. Les travaux préparatoires en lien avec la réforme du financement hospitalier mettaient notamment en avant le fait que, malgré l'existence de critères uniformes sur le plan fédéral, les cantons doivent garder une marge de manœuvre significative en matière de planification hospitalière. Cette dernière leur laisse notamment la compétence d'imposer des conditions d'accès à la liste hospitalière. Tant le Conseil fédéral que les parlementaires se sont exprimés dans ce sens lors des délibérations aux Chambres fédérales.

Une telle approche doit également lui permettre de garantir une analyse transparente et un traitement équitable de l'ensemble des hôpitaux publics 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. A ce sujet, le TAF relève que les critères doivent être appliqués de manière uniforme entre les établissements (pas d'inégalité de traitement et absence de discrimination) et ne pas être arbitraires.

Dans cette optique, le Conseil d'Etat a souhaité définir les conditions-cadres suivantes préalablement à l'octroi des mandats de prestations:

- Les critères impératifs;
- Les conditions générales;
- Les critères d'adjudication.

Pour ce faire, le Conseil d'Etat a repris pour l'essentiel les critères définis dans la LAMal et ses ordonnances d'application et les précise. En effet, si ces critères sont identiques pour l'ensemble du territoire national, leur application concrète peut porter à interprétation, la marge de manœuvre des cantons restant relativement importante. L'objectif est donc ici de préciser l'interprétation qui en est faite par le Conseil d'Etat.

Cette marge de manœuvre a également été reconnue dans la jurisprudence fédérale dont le Conseil d'Etat a procédé à une revue la plus large possible dans le souci de disposer de critères aussi reconnus et objectifs que possible. Près de 3 ans après l'entrée en force des nouvelles règles de financement hospitalier et de planification hospitalière, la jurisprudence nous permet de mieux cerner l'interprétation qui doit ou peut être faite des différentes dispositions légales.

Divers avis de droit, dont un rendu par l'Institut de droit de la santé (IDS) de l'Université de Neuchâtel sur mandat du Service cantonal de la santé publique (SCSP) en lien avec le projet de loi Daniel Ziegler 13.103² au mois de juin 2013, servent également de référence aux travaux du Conseil d'Etat.

Enfin, le Conseil d'Etat s'est inspiré des travaux menés par la CDS qui a notamment émis à l'attention des cantons des recommandations au sujet de la planification hospitalière dans son document "Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière d'après la révision de la LAMal sur le financement hospitalier du 21.12.2007", dont la portée a été reconnue par les instances juridictionnelles fédérales.

2.1.1 Critères impératifs

Dans un premier temps, le Conseil d'Etat souhaite identifier les hôpitaux avec lesquels il pourrait collaborer. Pour ce faire, il a fixé des critères dits "impératifs" qui définissent les conditions d'accès pour participer au processus d'octroi des mandats de prestations. Ces critères doivent permettre au Conseil d'Etat d'identifier les hôpitaux qu'il juge à même d'assurer les mandats de prestations qu'il entend confier pour garantir la couverture des besoins en soins hospitaliers de la population neuchâteloise.

2.1.2 Conditions générales

Dans le cadre de l'évaluation de la planification hospitalière 2012-2014 à laquelle le Conseil d'Etat a procédé, il a été constaté que certains critères décrits alors comme impératifs s'avéraient en réalité être des engagements de la part des établissements et qu'ils ne pouvaient pas être contrôlés au moment de l'établissement de la liste hospitalière. Néanmoins, ces critères n'étaient pas non plus des critères d'adjudication. Fort de ce constat, le Conseil d'Etat retient, dans le cadre du processus de planification hospitalière 2016, une nouvelle catégorie de conditions à remplir par les hôpitaux qui sont en quelque sorte des conditions générales.

Ces conditions générales fixent le cadre dans lequel l'Etat entend collaborer avec les hôpitaux et maisons de naissance figurant sur sa liste hospitalière. Elles seront en principe reprises dans le cadre du contrat de prestations qui liera l'Etat et les institutions en application des mandats de prestations fixés par la liste hospitalière cantonale.

Connaissant ces "règles du jeu", les institutions devront se positionner si elles souhaitent ou non solliciter un mandat de prestations.

2.1.3 Critères d'adjudication

Les besoins de la population neuchâteloise n'étant pas illimités, le Conseil d'Etat doit se donner les moyens de 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. Les critères dits "d'adjudication" ont précisément pour objectif de donner des bases claires, transparentes et équitables au Conseil d'Etat pour effectuer ces choix.

² Ce projet de loi visait à imposer l'application de la CCT Santé 21 aux hôpitaux figurant sur la liste hospitalière par une inscription de cette condition dans la LS. A noter que ce projet de loi a été rejeté par le Grand Conseil en janvier 2014 par 60 voix contre 53 et 1 abstention.

3 CONDITIONS-CADRES POUR LA PLANIFICATION HOSPITALIÈRE 2016

3.1 Généralités

L'ensemble des conditions-cadres que le Conseil d'Etat entend fixer pour avoir accès à la liste hospitalière est défini dans un arrêté à l'appui duquel le présent rapport a été rédigé pour fournir les explications nécessaires à sa compréhension. Dans ce cadre, l'occasion est donnée au Gouvernement de préciser l'approche qu'il entend retenir pour l'octroi, le suivi et le contrôle des mandats de prestations.

3.1.1 Lien avec la politique sanitaire cantonale

En application de la LS, la planification hospitalière au sens étroit, tout comme la planification sanitaire au sens large, est de la compétence du Conseil d'Etat. Il doit dès lors veiller à ce que les décisions qu'il prend en la matière s'inscrivent de manière cohérente dans la politique sanitaire cantonale qu'il définit par ailleurs.

A ce titre, dans le cadre de l'octroi des mandats de prestations, il doit également se conformer aux décisions prises par le Grand Conseil s'agissant des options stratégiques s'inscrivant dans le cadre de la planification sanitaire prise par 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.

3.1.2 Gestion des quantités

Selon la CDS, la gestion des quantités est un outil pouvant limiter les soins hospitaliers non requis du point de vue médical (p.ex. augmentation du volume des prestations, traitements hospitaliers au lieu de traitements ambulatoires) qui sont effectués en vue d'accroître le rendement d'un hôpital.

Il s'avère que le Conseil d'Etat a justement identifié, dans la phase d'évaluation des besoins, que certaines prestations stationnaires pouvaient être superflues et manifesté la volonté forte de réduire le nombre d'hospitalisations non justifiées, de réhospitalisations potentiellement évitables et de cas de chirurgie pris en charge de manière stationnaire alors qu'un traitement ambulatoire aurait pu être prodigué. Lors de la consultation sur le rapport y relatif, personne ne s'est opposé à cette volonté. Certains l'ont d'ailleurs même salué.

Partant, le Conseil d'Etat entend imposer une gestion des quantités dans le cadre de sa planification hospitalière 2016-2022. Il souhaite 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. Or, il est acquis que la concurrence dans le domaine de la santé n'est pas optimale en raison des nombreux biais qui la caractérisent, ce qui peut avoir des conséquences néfastes sur les coûts de la santé. Cela étant, s'il ne souhaite pas restreindre la concurrence entre prestataires, le Conseil d'Etat entend la réguler.

Il est toutefois conscient qu'un tel instrument comporte le danger d'une (trop forte) réduction de l'offre, de rationnement des soins et d'une restriction de la concurrence, raison pour laquelle il y recourra avec modération. D'une part, il limitera son utilisation aux seuls groupes de prestations relevant d'une activité élective ou programmée, dont la planification en termes de calendrier de prise en charge est plus aisée, de manière à limiter les éventuels effets

négatifs de l'utilisation d'un outil de gestion des quantités pour les prestations comprenant une composante d'urgence. Plus spécifiquement, il s'agit des groupes de prestations suivants: l'ophtalmologie, l'ORL, la gynécologie, l'orthopédie, la rhumatologie et l'urologie. D'autre part, le Conseil d'Etat octroiera des mandats de prestations sur la base des besoins identifiés en fonction du scénario 1 dans le rapport d'évaluation des besoins, qui est fondé sur le scénario démographique de référence ou « moyen ». Il fixera cependant les limitations de quantité sur la base des besoins identifiés en fonction du scénario 2, qui tient compte du scénario démographique « haut ». En octroyant des mandats pour un total de prestations dépassant les besoins identifiés et retenus, il se laisse une marge nécessaire pour éviter un possible engorgement du système hospitalier si une éventuelle augmentation de la demande en soins non planifiée, temporaire ou durable, devait survenir, et pour permettre à la concurrence de jouer.

De plus, 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, dans le cadre d'avenants aux contrats de prestations, si les besoins ont été clairement sous-estimés, la couverture de ceux-ci restant la priorité du Gouvernement. Enfin, si les prévisions de recours aux soins s'avèrent trop éloignées de la réalité dans l'un ou l'autre des groupes de prestations, le Conseil d'Etat adaptera sa gestion des quantités pour tenir compte des besoins réels. Ces adaptations, qui seront inscrites dans les annexes annuelles aux contrats de prestations, pourront avoir lieu à la hausse ou à la baisse selon le constat posé.

Le Conseil d'Etat tient ici à relever que le TF³ a déjà été amené à se positionner sur la conformité à la Constitution fédérale d'un système de gestion des quantités dans le cadre de la planification hospitalière. La Haute Cour a conclu ce qui suit à ce sujet:

- les cantons ne sont pas tenus d'appliquer le contrôle des quantités, mais en ont pleinement le droit;
- les principes constitutionnels suivants ne sont pas violés: égalité de traitement, libre choix de l'hôpital et liberté économique;
- la fixation des volumes maximaux n'implique pas une interdiction absolue de fournir des prestations: en revanche, les prestations supplémentaires éventuellement fournies, ne seront pas remboursées selon la LAMal.

³ Dans le cadre d'un recours contre la modification de la loi d'application de la loi (LCAMal) décrétée le 17 mars 2011 par le Grand Conseil de la République et du Canton du Tessin. Voir arrêt 2C_796/2011 du 10 juillet 2012.

3.1.3 Collaborations interinstitutionnelles

Pour l'octroi des mandats de prestations, le Conseil d'Etat aura la lourde tâche de déterminer les établissements les plus aptes à fournir les prestations demandées. Il se pourra que certains mandats doivent être assumés par deux institutions en parallèle. Dans le but de trouver toutes les synergies possibles entre hôpitaux, le Conseil d'Etat souhaite se donner les moyens de subordonner l'octroi d'un mandat de prestations à l'existence d'une collaboration interinstitutionnelle formalisée. Il peut notamment s'agir d'un partenariat public-privé comme certains l'appellent de leurs vœux, mais pas seulement.

3.1.4 Dérogation

i) De manière générale

Le Conseil d'Etat souhaite se ménager une marge de manœuvre devant lui permettre d'assurer la couverture des besoins de la population si l'un ou l'autre des critères impératifs ou des conditions générales ne pouvaient pas être respectés, pour des raisons valables.

Cette disposition, qui figurait déjà dans l'arrêté du 6 septembre 2011, avait été critiquée car elle offrait, selon certains, trop de souplesse au Conseil d'Etat pour déroger aux critères qu'il s'était lui-même fixés. Or, il ressort de la jurisprudence existante que la couverture des besoins en soins de la population prime sur des critères d'admission pour figurer sur une liste LAMal. En l'occurrence, cette jurisprudence découle d'une procédure en lien avec les EMS mais trouve, selon le Conseil d'Etat, cependant à s'appliquer également aux hôpitaux qui sont soumis aux mêmes règles en matière de planification (art. 39 LAMal). L'IDS partage également cette appréciation dans l'avis de droit sollicité par le canton auquel il est fait référence plus haut et précise qu'il ressort de cette jurisprudence que le fait d'imposer des critères comme condition d'accès à la liste hospitalière:

- est clairement contraire à la LAMal lorsque les besoins en soins hospitaliers de la population sont insuffisamment couverts en l'état actuel de la liste;
- ne doit certainement pas avoir comme conséquence que les besoins en soins hospitaliers de la population ne puissent plus être couverts par les hôpitaux qui se trouvent sur la liste.

Le Conseil d'Etat est conscient que certains critères sont difficilement applicables pour de petites structures car ils nécessitent un investissement conséquent en ressources humaines et financières. Cela étant, il entre en matière pour déroger à deux d'entre eux pour ces structures, à savoir l'obligation d'obtenir une certification pour sa comptabilité analytique (voir chapitre 3.3.5) et de mettre en place un dossier patient informatisé (voir chapitre 3.3.3). En l'occurrence, est considérée comme petite structure, toute institution qui:

1. emploie moins de 30 EPT en moyenne annuelle et/ou;
2. se prévaut d'un chiffre d'affaires inférieur à 3 millions de francs.

ii) Pour les hôpitaux sis hors canton

L'IDS relève dans son avis de droit que la compétence et la marge de manœuvre du canton de Neuchâtel en matière hospitalière se limitent au territoire cantonal (selon le principe de territorialité). Les conditions d'accès à la liste hospitalière cantonale ne peuvent dès lors 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.

Cela dit, si le canton ne peut pas obliger les hôpitaux hors canton à respecter l'ensemble des conditions générales qu'il pose, il n'en demeure pas moins que le gouvernement entend faire de ces dernières des critères d'adjudication, dans le processus d'attribution des mandats de prestations. Dans ce cadre, les hôpitaux sis hors canton qui respecteront le plus largement possible les conditions générales auront la préférence du Conseil d'Etat. Comme indiqué ci-avant toute éventuelle dérogation répondra à la préoccupation d'assurer la couverture des besoins de la population.

3.1.5 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. Cet aspect avait d'ailleurs été relevé dans le cadre de la consultation sur le rapport d'évaluation des besoins en soins hospitaliers de la population.

Le Conseil d'Etat entend dès lors se donner les moyens de modifier le ou les mandats de prestations octroyés dès 2016 si des changements importants surviennent ultérieurement dans la prise en charge de telle ou telle prestation, 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. 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.

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.

3.1.6 Sanctions

Le Conseil d'Etat est compétent pour établir la planification hospitalière cantonale. Il est également le garant du respect de celle-ci et des règles édictées en la matière. Il doit dès lors pouvoir agir si l'une ou l'autre de celles-ci ne sont pas respectées et si ses décisions ne sont pas appliquées correctement.

Il tient par conséquent à se donner les moyens de pouvoir prendre des sanctions administratives contre d'éventuels récalcitrants au cas par cas, selon le principe de proportionnalité. C'est d'ailleurs en ces termes que le TF⁴ a admis le principe de prévoir des sanctions en cas de non-respect des règles édictées en matière de planification hospitalière par le canton du Tessin.

⁴ Idem.

Le Conseil d'Etat fixe les sanctions suivantes qui seront appliquées en fonction de la gravité de l'infraction:

1. prononcer un avertissement;
2. infliger une pénalité financière se montant entre 500 et 20.000 francs;
3. ordonner la révocation du mandat de prestations et l'exclusion temporaire ou définitive de l'établissement de la liste des hôpitaux en cas de violations graves ou répétées.

Avant d'imposer d'éventuelles sanctions, il tentera de trouver des solutions aux déviations constatées par la voie du dialogue, dans le respect du partenariat construit avec l'institution concernée.

3.2 Critères impératifs

3.2.1 Autorisations

i) Autorisation d'exploiter

Un établissement qui sollicite un mandat de prestation doit être autorisé à exploiter par son canton d'implantation. Les conditions d'octroi d'une autorisation d'exploiter sont indépendantes de la réflexion que le Conseil d'Etat doit mener sur la planification et la liste hospitalière cantonale. Elles sont définies dans le Règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions (RASI), du 21 août 2002, qui fixe les conditions d'autorisation d'exploitation des institutions au sens de la LS ainsi que le cadre de leur surveillance par l'Etat. La nécessité de disposer d'une autorisation d'exploiter existe déjà aujourd'hui et constitue évidemment une condition à respecter impérativement. Le Conseil d'Etat vise ainsi à s'assurer que les règles de police et de sécurité sanitaires ainsi que de prise en charge adéquate des patients sont respectées par l'institution.

A noter que les institutions dont l'existence repose sur une base légale n'ont pas formellement d'autorisation d'exploiter considérant qu'elle constitue dite autorisation. En effet, le fait qu'elles trouvent leur fondement dans une loi suffit à considérer qu'elles sont autorisées, puisque c'est un acte législatif hiérarchiquement supérieur à une décision d'octroi d'autorisation que rendrait le département en charge de la santé selon la LS. Ces institutions restent cependant soumises aux règles imposées par le RASI, en vertu des articles 79 et 97 LS.

Condition de réalisation:

L'établissement est au bénéfice d'une autorisation d'exploiter ou démontre que son existence repose sur une base légale en vigueur.

i) Autorisation de pratique

Les qualifications professionnelles reconnues des médecins et du personnel soignant font partie des conditions sine qua non pour la qualité des prestations. A ce titre, l'établissement doit veiller à ce que tous les médecins et tout le personnel de soins disposent des diplômes requis pour exercer en Suisse. Il devra ainsi remettre la liste de son personnel concerné par les autorisations de pratique. Cette liste sera ensuite comparée aux données disponibles au sein du SCSP.

Condition de réalisation:

Tous les médecins-cadres, à savoir les médecins qui ne suivent pas une formation postgrade reconnue, mais qui exercent sous leur propre responsabilité sont au bénéfice d'une autorisation cantonale. S'agissant du personnel de soins, tous les professionnels disposent d'un diplôme suisse reconnu ou, pour le personnel étranger, d'une attestation officielle de reconnaissance de leur titre, octroyée par l'instance compétente (Croix rouge suisse, SEFRI).

3.2.2 Disponibilité et capacité à remplir son mandat

Un établissement doit garantir sa disponibilité et sa capacité à remplir son mandat, soit justifier d'une dotation en personnel médical et soignant suffisante, disposer d'équipements médicaux adéquats et garantir la fourniture adéquate des médicaments ainsi que justifier d'une qualification adéquate de son personnel pour remplir son mandat de prestations, comme le prévoit la LAMal, en son art. 39, al. 1, let. a, b et c, et l'OAMal, en son art. 58b, al. 4, let. c. Enfin, l'art. 58e, al. 3 OAMal prescrit que les cantons attribuent à chaque établissement sur leur liste un mandat de prestations qui peut contenir notamment l'obligation de disposer d'un service d'urgence.

A ce stade, il est important de rappeler que le Conseil d'Etat a retenu pour le domaine des soins somatiques aigus, sur recommandation de la CDS, un concept de groupes de prestations incluant quelque 125 groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH). Or ce concept comprend des exigences spécifiques aux groupes de prestations⁵ qui sont présentées dans les grandes lignes à l'Annexe 2 et qui ont trait notamment à:

- l'obtention de titres de spécialiste par les médecins;
- la disponibilité des médecins dans un délai adéquat;
- l'existence d'un service des urgences dans l'hôpital;
- la disponibilité de soins intensifs ou d'une surveillance continue dans l'hôpital;
- la disponibilité des laboratoires;
- l'existence d'équipements de radiologie;
- l'existence d'un tumorboard;
- la fourniture d'un nombre minimum de cas par année (voir également chapitre 3.2.4);
- la réalisation de la prestation en interne uniquement;
- le lien avec d'autres groupes de prestations.

Les conditions spécifiques à chaque groupe de prestations sont décrites dans le cadre du modèle GPPH et disponibles sur le site internet du SCSP, dans leur version 2.2.

Pour rappel, ce modèle est recommandé à l'utilisation par la CDS et utilisé par de nombreux cantons suisses. Il jouit ainsi d'une bonne assise et reconnaissance ainsi que d'une dimension nationale. Partant, le Conseil d'Etat renonce à modifier les exigences posées dans ce cadre, comme certains l'ont demandé, de manière à éviter de lui faire perdre sa cohérence d'ensemble et de créer des différences inutiles avec les autres cantons qui l'utilisent. Il demeure cependant possible, lors de l'évaluation des offres reçues pour l'octroi des mandats de prestations, de déroger à l'une ou l'autre des exigences de ce modèle de manière à assurer la couverture des besoins qui reste, rappelons-le, la priorité du Conseil

⁵ 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.

d'Etat (voir chapitre 3.1.4). C'est d'ailleurs ainsi qu'ont procédé d'autres cantons plus avancés dans leur processus de planification.

Des conditions du même type sont prévues pour les domaines de la réadaptation (voir Annexe 2) et de la psychiatrie (voir 0) et s'inspirent notamment des travaux d'autres cantons.

Condition de réalisation:

L'établissement démontre qu'il remplit l'ensemble des conditions prévues en matière de disponibilité et de capacité pour remplir son mandat pour chacun des mandats de prestations qu'il sollicite.

3.2.3 Pérennité financière

En plus de sa capacité "médicale" à assurer son mandat, un établissement doit également démontrer sa capacité financière à fournir les prestations demandées à court et moyen termes et ainsi répondre aux missions qui lui seraient confiées. Il doit dès lors démontrer sa pérennité financière.

i) Trésorerie et endettement

La capacité financière d'un établissement est évaluée à court terme sur la base de la trésorerie nette⁶ d'une part et de son degré d'endettement⁷ au moment de la réponse à l'appel d'offres publiques pour les mandats de prestations.

Cette évaluation doit mettre en évidence la capacité de solvabilité de l'institution d'honorer ses engagements à temps (remboursement de prêts, paiement de ses factures, etc.) et/ou un éventuel découvert au bilan de manière à prévenir tant que faire se peut les risques de faillite ou d'arrêt d'activité à court terme pour des raisons financières.

Le constat de la pérennité financière de l'institution se fait dans un premier temps au moment de l'évaluation des réponses à l'appel d'offres mais également chaque année sur la base des bilans annuels.

Condition de réalisation:

L'établissement présente une trésorerie nette positive et un degré d'endettement inférieur ou égal à 100%, les calculs étant validés par son organe de révision. A défaut, il démontre qu'il peut se prévaloir d'une garantie sur son découvert au bilan, également validée par son organe de révision.

ii) Business plan

A moyen terme, la pérennité d'une institution ne peut être vérifiée qu'en tenant compte de perspectives d'activité et de financement, soit par le biais d'un business plan et d'un plan financier pluriannuel. Il convient ici de s'assurer que les perspectives financières de l'établissement permettent d'éviter une situation de surendettement (découvert au bilan) sur une certaine durée, donnant une garantie que son activité n'est pas remise en question sur cette période.

Un business plan accompagné d'un plan financier (décrivant notamment le cash-flow prévisionnel) portant sur 4 ans doit être présenté par les institutions dans le cadre de la

⁶ Trésorerie nette = fonds de roulement net - besoin en fonds de roulement (selon les normes comptables usuelles).

⁷ Degré d'endettement = montant total de l'endettement / montant total du passif du bilan (selon les normes comptables usuelles).

réponse à l'appel d'offres. Il devra en outre être adapté annuellement, de manière roulante, chaque année pour démontrer que les perspectives à moyen terme restent adéquates.

Condition de réalisation:

L'établissement présente un cash-flow⁸ prévisionnel permettant d'éviter une situation de découvert au bilan sur la durée observée. Si une telle situation devait toutefois se présenter, il démontre qu'il peut se prévaloir d'une garantie sur son découvert.

iii) Contributions sociales et fiscales

Trop d'entreprises ne remplissent pas leur devoir d'employeur et présentent un certain retard dans le paiement de leurs contributions sociales. Il en est de même des contributions fiscales.

Le Conseil d'Etat attend de ses partenaires hospitaliers qu'ils soient exemplaires en la matière et attend des établissements figurant sur la liste hospitalière qu'ils soient en règles avec ces contributions. Il attend d'eux qu'ils le démontrent dans le cadre de l'appel d'offres, mais aussi, par la suite, chaque année, pendant la durée de la planification.

Condition de réalisation:

L'établissement présente annuellement des attestations prouvant qu'il remplit ses devoirs en matière de contributions sociales et fiscales.

3.2.4 Qualité

i) Démarche qualité

Le Conseil d'Etat considère que la qualité d'un établissement ne peut pas être décrétée. La qualité est le fruit d'un travail de longue haleine et qui doit être porté essentiellement par l'institution elle-même et ses collaborateurs. Par conséquent, il renonce à imposer une façon d'aboutir à des prestations de qualité et laisse une importante marge de manœuvre aux institutions pour y parvenir.

Il souhaite toutefois s'assurer que les établissements qui sollicitent un mandat de prestations public travaillent sur la qualité et en fassent un axe d'amélioration au quotidien. Il attend dès lors des institutions qui postulent dans le cadre de l'appel d'offres qu'elles soient en mesure de lui présenter un concept d'assurance qualité consistant qui puise ses bases dans les bonnes pratiques de la profession. Deux aspects de ce concept lui paraissent particulièrement importants, à savoir la gestion des événements indésirables et la prévention et le contrôle des infections (PCI).

Condition de réalisation:

L'établissement démontre qu'il dispose et déploie un concept d'assurance qualité, en particulier qu'il participe à des mesures de qualité établies, qu'il dispose d'un système de traçage des événements indésirables (Critical Incident Reporting System (CIRS)) ainsi que d'un concept en matière de PCI.

ii) Masse critique

⁸ Cash-flow = bénéfice (déficit) net + amortissements + attributions aux réserves et provisions - prélèvements aux réserves et provisions (selon les normes comptables usuelles)

La recherche d'une masse critique suffisante est importante pour garantir la qualité des prestations fournies. Elle a en tous les cas guidé les réformes hospitalières menées dans le canton de Neuchâtel ces dernières années de même qu'au plan supra-cantonal, notamment dans le domaine de la médecine hautement spécialisée.

Le Conseil d'Etat estime que cette masse critique est garantie lorsque l'institution a pris en charge, en moyenne sur les trois dernières années, au minimum 10 cas et un nombre de cas correspondant à 5% de tous les cas de la population neuchâteloise de l'année de référence, 2012 en l'occurrence, dans un domaine de prestations considéré.

Ce critère constituait l'un des principaux griefs de la Clinique Montbrillant dans le cadre de son recours contre la liste hospitalière 2012-2014. Appelé à en connaître, le TAF a estimé que de tels critères d'activité minimale ou de masse critique sont admissibles si les besoins de la population sont couverts, ce même s'ils excluent certains établissements, dans la mesure où:

- ils servent à évaluer la qualité et l'économicité d'une prestation;
- ils permettent d'identifier les établissements qui ne rempliront vraisemblablement pas les conditions pour que le critère de qualité ou celui d'économicité de la fourniture de prestations;
- l'exclusion des prestataires ne réalisant qu'un nombre limité de cas permet de concentrer l'offre, ce qui va dans le sens d'une augmentation de la qualité et de l'économicité.

Dans le domaine des soins aigus, pour lequel les mandats de prestations seront octroyés selon les groupes de prestations définis dans le cadre de l'évaluation des besoins, le présent critère sera évalué par domaine de prestations qui apparaît être un niveau de granularité suffisant pour apprécier ce critère. Le TAF relève d'ailleurs qu'une trop forte dispersion des cas entre de nombreux domaines de prestations représente un élément négatif en matière de qualité et d'économicité.

Pour les maisons de naissance, et considérant la particularité de leur activité, le Conseil d'Etat entend toutefois appliquer ce critère au niveau du groupe de prestations (GEBH).

Condition de réalisation:

L'établissement fait état de statistiques présentant une activité moyenne sur trois ans égale ou supérieure à l'équivalent de 5% de tous les cas de la population neuchâteloise de l'année de référence dans le domaine de prestations considéré (niveau plus agrégé que le groupe de prestations). Ce même critère, évalué au niveau du groupe de prestations, est appliqué aux maisons de naissance.

3.3 Conditions générales

3.3.1 Contrat de prestations

Depuis le 1^{er} janvier 2012, le droit au financement de la part cantonale à la rémunération des prestations individuelles est lié à la seule présence ou non d'une institution sur la liste hospitalière cantonale. Ce financement intervient en application de la LAMal. Il convient cependant de régler plus spécifiquement les termes de la collaboration entre l'Etat et les hôpitaux ou maisons de naissance figurant sur la liste par le biais d'un contrat de prestations.

Le Conseil d'Etat entend établir très prochainement un contrat de prestations-type qu'il attend que l'ensemble des hôpitaux entendant figurer sur sa liste hospitalière signe, comme marque de leur engagement à en respecter les conditions générales qu'il inclut. Il règle spécifiquement la fourniture des prestations relevant du mandat de prestations LAMal, mais comprend également une clause particulière pour les cas relevant de l'assurance-invalidité (AI) pour lesquels le canton est également appelé à contribuer financièrement (à hauteur de 20% du tarif applicable). Il portera en principe sur plusieurs années, des annexes annuelles étant prévues, notamment pour assurer la gestion des quantités (voir chapitre 3.1.2). Ce contrat-type sera connu au moment de l'appel d'offres, ou en tout cas avant la fin du délai de celui-ci.

Les autres relations, comme les objectifs stratégiques ou le financement des prestations d'intérêt général, entre l'Etat et les établissements de droit public que sont l'HNE et le CNP seront réglées dans un contrat séparé.

Une version spécifique du contrat sera élaborée pour les hôpitaux sis hors canton. Il sera notamment le fruit d'un travail intercantonal réalisé en collaboration par les cantons de la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS) et déjà appliqué depuis 2012.

Le contrat de prestations régit les principes généraux et les engagements de l'Etat ainsi que des différents prestataires concernant les prestations financées par le canton. Il définit notamment :

- le type de prestations attendues;
- l'ensemble des conditions générales décrites dans les chapitres suivants;
- la nature, les modalités et la fréquence de la transmission des données nécessaires au suivi et au contrôle dudit contrat;
- les dispositions relatives à son approbation et à son renouvellement, ainsi que d'éventuelles mises à jour et révocations.

Les annexes annuelles précisent de façon détaillée les droits et les devoirs des prestataires et du canton, et notamment:

- le volume des prestations demandées (voir chapitre 3.1.2);
- les critères de qualité;
- la rémunération des prestations.

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 souhaite se donner 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. Cette disposition concerne ainsi essentiellement les annexes annuelles au contrat.

En outre, 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 signés 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.

Condition de réalisation:

L'établissement s'engage à conclure un contrat de prestations avec l'Etat dans le cadre de la procédure d'appel d'offres. Il l'aura signé au moins un mois avant l'entrée en vigueur de la liste hospitalière.

3.3.2 Obligation d'admission

Comme relevé précédemment, la planification hospitalière sert notamment à assurer à la population une couverture hospitalière suffisante. Cette garantie en matière de couverture s'adresse en particulier à la partie, prédominante, de la population qui ne bénéficie pas d'une assurance complémentaire pour une hospitalisation en division privée ou semi-privée. Or, l'acceptation, en priorité, par les hôpitaux figurant dans la liste, de patients bénéficiant d'assurances complémentaires pourrait nuire à cette garantie.

Ainsi, la LAMal prévoit, en son article 41a, alinéa 1, une obligation d'admission pour les hôpitaux admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Cette obligation tient à cœur au Conseil d'Etat qui entend en faire une condition générale à respecter, dans les limites du mandat et des capacités disponibles de l'institution.

Par l'instauration de ce critère, le Conseil d'Etat poursuit l'objectif d'éviter une sélection des patients et donc de privilégier la prise en charge des seuls patients disposant d'une assurance complémentaire privée, soit une activité mieux rémunérée. Ce critère est évalué rétroactivement chaque année dans le cadre du contrôle du contrat de prestations. Il est considéré comme rempli si les prestations faisant l'objet d'un mandat de l'Etat sont financées exclusivement par l'AOS pour au moins 50% des patients relevant du mandat de prestations, au niveau du domaine de prestations (et non du groupe de prestations). Le Conseil d'Etat reprend ainsi les recommandations en la matière de la CDS, conscient que cet objectif est délibérément bas pour offrir une grande marge de sécurité, considérant notamment que le taux de couverture d'assurance privée dans le canton de Neuchâtel n'est pas connu.

A titre d'indication, on peut établir qu'en 2012, la proportion de patients dont les prestations ont été financées exclusivement par l'AOS se monte à 91% pour l'HNE, à 84% pour la Providence et à près de 100% pour le CNP.

Le Conseil d'Etat demande plus généralement que l'obligation d'admission soit assurée sans discrimination aucune, non seulement sur le plan financier et des assurances, mais aussi au niveau de la nationalité, de l'origine ou de l'appartenance religieuse du patient.

Condition de réalisation:

L'établissement démontre que les prestations faisant l'objet d'un mandat de l'Etat sont financées exclusivement par l'AOS pour au moins 50% des patients relevant du mandat de prestations, au niveau du domaine de prestations (et non du groupe de prestations). Les patients domiciliés hors canton et les cas d'urgences sont pris en considération au même titre que les autres cas.

3.3.3 Dossier patient informatisé

Parmi les priorités prévues par le Conseil d'Etat dans son programme de législature 2014-2017 figure le développement et le déploiement d'une stratégie de cybersanté ou e-health. En effet, le Gouvernement entend s'inscrire dans cette perspective de développement de

l'informatique de santé dans le but notamment d'améliorer la transmission d'informations médicales entre les différents prestataires de soins.

Pour parvenir à un échange de données optimal, il est essentiel que le très important fournisseur de prestations qu'est l'hôpital dans le système de santé soit en mesure de fournir les informations requises. Le Conseil d'Etat entend ainsi imposer aux hôpitaux, de même qu'aux maisons de naissances qui figureront sur la liste hospitalière de s'inscrire dans cette perspective en développant en leur sein, si cela n'est pas déjà fait, un dossier patient informatisé (DPI). Si le choix de l'outil reste en mains de l'établissement, il est cependant indispensable que l'interopérabilité des systèmes soit assurée selon les normes ou recommandations organisationnelles, juridiques et techniques en la matière. Par conséquent, le DPI devra respecter les principes en la matière prescrits par la nouvelle loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEIP) en cours d'examen devant les chambres fédérales, qui règle les conditions de traitement des données médicales enregistrées électroniquement, et ses dispositions d'exécution, qu'elles soient fédérales ou éventuellement cantonales.

Conscient que chaque établissement ne dispose pas d'un tel outil à l'heure actuelle et du temps nécessaire à sa mise en place, le Conseil d'Etat demande aux hôpitaux et maisons de naissances figurant sur la liste hospitalière de disposer d'un DPI d'ici au 1^{er} janvier 2019, considérant que le LDEIP devrait entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2017.

Enfin, le Conseil d'Etat demande qu'un logiciel d'aide à la prescription des médicaments soit développé dans le cadre ou en parallèle au DPI, de manière à réduire tant que faire se peut les risques liés à une mauvaise administration de médicaments. Il en va de la qualité des prestations fournies par les institutions.

Il peut être dérogé à cette condition pour les petites structures, telles que définies au chapitre 3.1.4.

Condition de réalisation:

L'établissement doit démontrer qu'il exploite un DPI qui permet un échange de données médicales qui répond aux normes fédérales en la matière, ce d'ici au 1^{er} janvier 2019. En parallèle, il fait la preuve qu'il a mis en place, dans le même délai, et qu'il utilise un logiciel d'aide à la prescription des médicaments couplé au DPI.

3.3.4 Conditions de travail

Dans un hôpital, les principaux coûts sont les charges salariales. Afin d'éviter toute concurrence déloyale entre hôpitaux sur les conditions de travail, et notamment de rémunération, de leur personnel dans un contexte de pénurie annoncée, et dans le but de garantir des conditions de travail minimales adéquates à l'ensemble du personnel travaillant dans des institutions qui touchent des subventions publiques, le Conseil d'Etat considère que l'application des conditions de travail prévues par la convention collective de travail (CCT) Santé 21 doit être obligatoire.

Le Conseil d'Etat n'entend pas imposer la conclusion d'une CCT, qui violerait le principe de la liberté d'association, mais veut imposer le respect des conditions de travail prévues par la CCT Santé 21, ce qui est admissible selon le TF. En effet, ce dernier a jugé compatible avec

la liberté économique le fait d'imposer le respect des conditions d'une CCT comme condition d'accès à la liste hospitalière⁹.

Un débat politique a eu lieu à ce sujet lors du traitement par le Grand Conseil du projet de loi 13.103, amendé par la Commission Santé du Grand Conseil pour le rendre plus compatible avec le devoir d'assurer la couverture sanitaire qui incombe au canton, qui visait à imposer l'application de la CCT Santé 21 aux hôpitaux figurant sur la liste hospitalière par une inscription de cette condition dans la LS. En l'occurrence, le Grand Conseil a refusé ce projet de loi amendé. Si le Conseil d'Etat a pris bonne note de la décision du législatif cantonal, il considère que son refus portait essentiellement sur la forme de la demande contenue dans ledit projet et non sur le fond. Cette compréhension de la décision parlementaire avait déjà été communiquée lors du débat en commission parlementaire ainsi qu'en plénum. Pour cette raison, le Conseil d'Etat considère comme parfaitement légitime le maintien du critère de l'obligation de respecter les conditions de travail prévues par la CCT Santé 21 dans le cadre de la planification hospitalière 2016-2022.

Enfin, le Conseil d'Etat est conscient qu'il ne peut pas imposer l'application des conditions de travail de la CCT Santé 21 à des hôpitaux sis hors canton pour des raisons évidentes de territorialité explicitées au chapitre 3.1.4, chiffre ii). Cela dit, il entend veiller à défendre le partenariat social et, partant, demander aux hôpitaux hors canton qui souhaiteraient bénéficier d'un mandat de prestations de la part du canton de Neuchâtel d'appliquer des conditions de travail d'une CCT ou de normes salariales valables et reconnues dans leur canton d'implantation.

Condition de réalisation:

L'établissement démontre qu'il est partie à la CCT Santé 21 ou qu'il y a adhéré. A défaut, il fournit une attestation de la Commission paritaire de la CCT Santé 21 qui est chargée du contrôle de sa bonne application. L'établissement hors canton démontre qu'il est partie à une CCT applicable dans son canton ou fournit une attestation qu'il en applique les conditions de travail ou que les normes qu'il applique sont reconnues par son canton d'implantation (par exemple, renvoi à une loi).

3.3.5 Transparence

Le Conseil d'Etat doit se donner la possibilité de procéder aux comparaisons nécessaires lors de l'évaluation des contrats de prestations et dans la perspective du suivi de la présente planification hospitalière. Ainsi, il souhaite fixer un cadre contraignant s'agissant d'éléments de nature essentiellement administrative, comme les principes comptables ou de facturation des prestations, l'accès aux données et la transmission de statistiques. Une certaine transparence est ainsi demandée aux établissements qui sollicitent un mandat de prestations. Cette démarche s'inscrit dans le cadre de la LAMal qui prévoit notamment en son article 49, al. 7 que les hôpitaux doivent disposer d'instruments de gestion adéquats (comptabilité analytique et statistiques).

i) Rapport annuel de gestion et documents comptables

Pour permettre à l'Etat d'assurer un suivi de l'activité et de la situation financière de l'établissement, l'établissement remet les documents habituellement élaborés par une société, à savoir le rapport annuel de gestion ainsi que les comptes annuels audités. Le

⁹ ATF 138 II 398.

Conseil d'Etat se réserve le droit de demander des compléments d'informations/d'analyses à l'organe de révision, si cela s'avère nécessaire pour lui permettre d'assurer le suivi prévu ci-avant.

Condition de réalisation:

L'établissement transmet chaque année à l'Etat son rapport annuel, ses comptes et son bilan annuels ainsi que le rapport de révision de ceux-ci. Il s'engage à autoriser l'Etat à requérir des compléments d'informations/d'analyses à son organe de révision.

ii) Plan comptable

Selon l'art. 10 de l'Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP), les établissements doivent tenir une comptabilité financière. Le Conseil d'Etat veut imposer le respect du plan comptable prévu par H+, l'association faîtière des hôpitaux, permettant ainsi d'observer la situation financière des institutions sur une base comparable. Une comptabilité des immobilisations est également imposée par le droit fédéral.

Condition de réalisation:

L'organe de révision des comptes de l'établissement atteste que le plan comptable H+ est appliqué correctement.

iii) Comptabilité analytique

Selon l'art. 9 OCP, les institutions doivent tenir une comptabilité analytique dans laquelle les coûts sont justifiés de manière appropriée.

A ce sujet, et de manière à pouvoir procéder à des comparaisons adéquates des coûts analytiques, le Conseil d'Etat entend imposer l'utilisation du modèle REKOLE® proposé par H+ aux hôpitaux répertoriés neuchâtelois. A moyen terme, soit à l'horizon 2018, il demande que les établissements soient certifiés dans ce domaine de manière à garantir la qualité de la comptabilité analytique. Une telle certification devrait en outre leur permettre de négocier des tarifs plus intéressants auprès des assureurs-maladie, dans la mesure où ils feront preuve d'une meilleure transparence sur leurs coûts.

L'obtention d'une telle certification peut nécessiter un travail relativement important. Par conséquent, le Conseil d'Etat accorde aux hôpitaux un délai jusqu'au 1^{er} janvier 2018 pour être certifiés.

Il peut être dérogé à cette condition pour les petites structures, telles que définies au chapitre 3.1.4.

Condition de réalisation:

L'établissement fait la preuve de l'obtention de la certification REKOLE® au 1^{er} janvier 2018 et de sa validité au fil des ans.

iv) Statistiques

Selon les articles 12 et 13 OCP, les institutions doivent tenir une statistique des prestations. Ils sont en outre soumis à la loi sur la statistique fédérale (LSF). Elles sont ainsi tenues de livrer, dans les délais impartis, leurs données complètes et exactes de la statistique administrative des hôpitaux (KS) de la statistique médicale (MS) à l'OFS. Ils doivent

également transmettre les données pertinentes à SwissDRG SA pour l'élaboration et le maintien des structures tarifaires dont cette société s'occupe.

Condition de réalisation:

L'établissement remet à l'OFS et à SwissDRG SA ses statistiques annuelles dans les délais impartis et en transmet copie au Service cantonal de la santé publique (SCSP).

v) Qualité

Dans le domaine hospitalier, les partenaires (hôpitaux, cantons et assureurs-maladie) ont créé conjointement une association, l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), qui a pour objectif de coordonner et de mettre en place des mesures de qualité des résultats à un niveau national, en particulier d'assurer la réalisation uniforme de mesures de qualité au sein des hôpitaux et cliniques dans le but de documenter, de développer et d'améliorer la qualité.

Le Conseil d'Etat n'entend pas imposer l'adhésion à cette association dans la mesure où une telle disposition violerait la liberté d'association comme l'a relevé le TF dans le cadre des critères établis pour la planification hospitalière 2012-2014. Il demande toutefois à l'ensemble des hôpitaux qui figureront sur la liste hospitalière de participer aux mesures de qualité développées par l'ANQ. A titre d'information, il s'agit notamment de mesures en lien avec la satisfaction des patients, avec la surveillance des infections du site opératoire, avec les chutes et les escarres ou avec les réhospitalisations potentiellement évitables. Ce dernier point constitue l'un des points d'amélioration visé par le Conseil d'Etat dans le cadre de la présente planification hospitalière¹⁰.

Dans le même ordre d'idée, les établissements figurant sur la liste hospitalière sont appelés à participer aux relevés qualité établis par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), soit les indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus relevés dans le cadre des statistiques de l'assurance-maladie. Ils établissent en outre un rapport sur la qualité selon le modèle de H+¹¹.

Dans ce domaine de la qualité, nous avons tenu à éviter d'éventuels doublons par rapport à ce qui est déjà demandé par le RASI pour l'obtention de l'autorisation d'exploiter qui, comme nous l'avons vu au chapitre 3.2.1, constitue déjà un critère impératif.

Condition de réalisation:

L'établissement fournit une attestation de l'ANQ démontrant qu'il participe aux mesures qualité définies par celle-ci. Il apporte en outre la preuve qu'il a participé aux relevés et rapports qualité de l'OFSP et de H+.

vi) Codage médical

Dans le cadre du financement par pathologie introduit au niveau national en 2012 (SwissDRG), le codage médical prend une importance particulière. En effet, celui-ci définit l'attribution d'une prestation à un cas et a dès lors une influence notable sur le prix de cette prestation. En sa qualité de financeur, l'Etat se doit ainsi de s'assurer que les prestations qui lui sont facturées découlent d'un codage approprié. Il n'entend cependant pas reprendre le

¹⁰ Voir à ce sujet les hypothèses retenues dans le cadre de l'évaluation des besoins en soins hospitaliers.

¹¹ http://www.hplus.ch/fr/prestations/qualite_securite_des_patients/rapport_sur_la_qualite/

codage de chaque prestation, domaine dans lequel il ne peut d'ailleurs pas se prévaloir de compétences particulières.

Cela étant, le Conseil d'Etat demande à ses partenaires figurant sur la liste hospitalière de soumettre leur codage à un organe spécialisé pour révision.

Condition de réalisation:

L'établissement remet annuellement un rapport présentant la révision de son codage médical effectué durant l'année sous revue.

vii) Tarifs et benchmarking

Un établissement pratiquant à charge de l'AOS doit soumettre les tarifs LAMal qu'il négocie avec les assureurs-maladie à l'approbation de son canton d'implantation qui en vérifie la légalité, l'équité et l'économicité. Ce dernier examen est d'ailleurs également nécessaire dans le cadre de l'élaboration de la planification hospitalière (voir chapitre 3.4.1).

Pour ce faire, le canton se doit de disposer de données comparables et entend dès lors fixer un standard pour la présentation des données utiles à la définition des tarifs. La CDS a émis des recommandations sur l'examen de l'économicité et privilégie l'utilisation du modèle dénommé ITAR_K¹² élaboré par H+. A noter que ce modèle fait appel à des données issues de REKOLE®.

Le Conseil d'Etat entend ainsi satisfaire à la jurisprudence rendue par le TAF à ce sujet. Il apparaît que les cantons sont notamment tenus de procéder à des comparaisons (benchmarking) entre hôpitaux pour s'assurer du caractère économique du tarif soumis à leur appréciation. Le TAF reconnaît en outre que les recommandations de la CDS ont le mérite de garantir une certaine homogénéité dans le calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark. De plus, compte tenu de l'importance et de la large diffusion que les instruments REKOLE® et ITAR_K ont acquises, il juge qu'il n'est pas judicieux de remettre fondamentalement en question leur utilisation. Enfin, il relève que les données de coûts et de prestations pertinentes pour le benchmarking devraient être calculées de manière aussi précise et aussi proche de la réalité que possible et ne pas être faussées par des distorsions de la concurrence. C'est dans ce sens que la présente condition générale est édictée.

Enfin, pour lui permettre de bien saisir les enjeux des négociations et les tarifs issus de celles-ci, le canton souhaite pouvoir assister aux négociations en matière de tarifs. Il n'entend pas s'immiscer dans les négociations, mais uniquement avoir une position d'observateur. Il exercera ce droit de manière modérée, déjà pour une simple question de ressources en personnel à disposition pour le faire. Les parties veilleront à l'inviter à leurs négociations et à lui transmettre les documents utiles.

Condition de réalisation:

L'établissement soumet chaque année au SCSP ses données de coûts présentées selon le modèle ITAR_K.

Un représentant du SCSP est invité aux séances de négociations tarifaires portant sur les années couvertes par la présente planification hospitalière.

¹² Le terme ITAR_K est un acronyme allemand et signifie Modèle de tarif intégré basé sur la comptabilité analytique par unité finale d'imputation.

3.3.6 Implications en matière de santé publique

Le Conseil d'Etat attend de ses partenaires hospitaliers qu'ils participent aux efforts visant à protéger, maintenir, voire améliorer l'état de santé de la population neuchâteloise et s'inscrivent dans la politique de santé publique développée par l'Etat pour répondre à cet objectif. Il entend ainsi veiller à garantir une bonne coordination au sein du réseau sanitaire neuchâtelois et à s'assurer que tout le monde tire à la même corde en son sein.

i) Prévention des maladies

Le Conseil d'Etat demande à ses partenaires de s'engager à ses côtés dans la prévention des maladies, en particulier dans la lutte contre les maladies transmissibles. A titre d'exemple, il pourrait être demandé aux hôpitaux et maisons de naissance de communiquer leurs données dans le cadre de la surveillance des bactéries multirésistantes, de s'engager à déclarer les flambées de cas de maladies transmissibles (dont la déclaration n'est pas obligatoire pour un individu), de suivre un programme d'observance à l'hygiène des mains et de disposer de ressources en matière de médecine du personnel.

Condition de réalisation:

L'établissement s'engage à respecter les démarches de prévention des maladies entreprises par l'Etat et à participer à leur réalisation.

i) Participation à des programmes de prévention et de promotion de la santé

Dans son programme de législature 2014-2017, le Conseil d'Etat a souhaité mettre un accent particulier sur le développement des actions de prévention et de promotion de la santé (PPS). Ces actions n'ont de sens que si elles sont portées largement par les acteurs du système de santé et l'hôpital tient une place particulière dans ce cadre. A titre d'exemple, nous pouvons citer la participation à un programme organisé de dépistage du cancer du sein en lien avec les prestations de gynécologie et d'oncologie.

Le Conseil d'Etat souhaite impliquer ses partenaires hospitaliers dans cette démarche et que ceux-ci s'engagent lorsque le thème abordé par un programme PPS entre clairement dans le champ de son mandat de prestations.

Condition de réalisation:

L'établissement s'engage à participer aux programmes PPS entrant dans le champ des mandats de prestations qui lui sont octroyés.

ii) Don d'organes

La législation fédérale sur la transplantation donne aux cantons un certain nombre de prérogatives en matière de don d'organes. Le canton de Neuchâtel s'investit depuis plusieurs années dans la promotion du don d'organes. Il participe notamment au financement du Programme latin de don d'organes¹³ (PLDO).

L'art. 45 de l'Ordonnance sur la transplantation (OTx) prévoit notamment que les cantons veillent à ce que les hôpitaux dotés d'un service de soins intensifs définissent un certain nombre de procédures et en assurent leur déroulement 24 heures sur 24. Partant, le Conseil d'Etat entend imposer aux hôpitaux qui sollicitent un mandat de prestation pour une activité nécessitant de disposer d'un service de soins intensifs de prendre les mesures nécessaires en vue de favoriser le don d'organes.

¹³ Voir sous <http://pldo.hug-ge.ch/> pour de plus amples informations.

Condition de réalisation:

L'établissement exploitant un service de soins intensifs démontre qu'il a pris les mesures favorisant le don d'organes prévues par la législation fédérale sur l'assurance-maladie, en particulier à l'art. 45 OTx.

3.3.7 Pérennité de l'institution

i) Pérennité financière

Dans le prolongement des exigences en matière de pérennité financière posées dans le cadre des critères dits impératifs (voir chapitre 3.2.3), il est attendu de l'établissement figurant sur la liste hospitalière cantonale qu'il démontre au-delà du seul moment de l'élaboration de la planification hospitalière qu'il est en mesure de garantir son activité sur les court et moyen termes d'un point de vue financier.

Les ratios retenus au chapitre 3.2.3 seront également appliqués pour l'appréciation de la pérennité financière de l'institution.

Condition de réalisation:

L'établissement remet en début de chaque année son business plan à horizon de 4 ans, présentant notamment son budget annuel d'exploitation ainsi que son plan de trésorerie mensuel permettant d'avoir un regard sur les différents flux financiers prévus durant l'année à venir.

ii) Pérennité des infrastructures et équipements

La pérennité d'une institution est également évaluée à sa capacité à investir pour lui permettre de maintenir, voire développer ses infrastructures et ses équipements. Il n'est pas question ici pour l'Etat d'intervenir dans la politique d'investissement des hôpitaux mais il entend se donner les moyens de s'assurer que celle-ci permet aux hôpitaux d'assurer une qualité adéquate des prestations (voir art. 58b OAMal).

Condition de réalisation:

L'établissement présente annuellement à l'Etat son plan d'investissements à 4 ans (en lien avec son business plan demandé au point précédent). L'organe de révision des comptes de l'établissement atteste du fait que la stratégie de renouvellement et d'entretien de l'établissement correspond aux normes en vigueur et qu'un fonds d'investissements est alimenté selon la planification établie.

3.3.8 Participation à la formation

Il est régulièrement fait mention de pénurie de personnel qualifié dans le domaine de la santé. Les hôpitaux ont un rôle central à jouer dans la formation de la relève à mesure qu'ils représentent l'un des plus gros employeurs du secteur. Leur importance en termes d'emploi au niveau du canton est également à mentionner. Une contribution minimale de formation est dès lors attendue de leur part s'ils figurent sur la liste hospitalière et qu'ils ont accès à une part de financement public.

i) Formation des professionnels de la santé non universitaires

Le financement de la formation non universitaire est compris dans les tarifs à charge de l'Etat et des assureurs-maladie de base. Pour éviter une utilisation inadéquate des recettes y relatives de la part des hôpitaux, le Conseil d'Etat demande aux hôpitaux de participer à la

formation du personnel de santé non universitaire (y compris les infirmiers-ères de niveau HES). Il entend prochainement s'atteler à définir des attentes plus précises en la matière. Dans cette attente et pour ce faire, il attend des hôpitaux qu'ils lui communiquent les efforts qu'ils consentent en matière de formation.

Condition de réalisation:

L'établissement s'engage à participer à l'effort de formation des professionnels de la santé non universitaires et remet annuellement une liste du personnel de santé non universitaire qu'il a contribué à former durant l'année écoulée.

ii) Formation des médecins

Pour lutter contre la pénurie médicale annoncée, il est important que les hôpitaux figurant sur la liste hospitalière participent à l'effort de formation de la relève médicale. Le Conseil d'Etat entend ainsi imposer aux hôpitaux qui seront au bénéfice d'un mandat de prestations important en termes de quantité (voir chapitre 3.1.2) de former des médecins-assistants. Il précisera ses attentes annuellement dans le cadre du contrat de prestations. Le cas échéant, il définira également le financement y relatif qu'il apportera à l'institution dans la mesure où la formation universitaire est à la charge exclusive des cantons considérant qu'elle est identifiée comme prestation d'intérêt général par la LAMal (art. 49, al. 3).

Condition de réalisation:

L'établissement s'engage à participer à l'effort de formation des médecins et apporte la preuve qu'il y participe.

iii) Autres formations

Le Conseil d'Etat est engagé dans la formation d'apprentis. Par un arrêté réglementant les places d'apprentissage offertes au sein de l'administration cantonale, du 9 juin 2010, il a fixé un quota minimum d'apprentis de 4% à respecter.

Il entend faire appliquer par les hôpitaux, par analogie et pour les formations certifiantes, ce quota minimum d'apprentis de 4% fixé par l'Etat pour l'administration cantonale. Par formations certifiantes, le Conseil d'Etat pense également aux formations donnant droit à une attestation de formation professionnelle.

Conscient que l'application par analogie de ce quota peut s'avérer délicate pour certaines institutions, notamment spécialisées, et certaines formations, en particulier celles qui ne s'acquièrent pas en formation duale, le Conseil d'Etat est disposé à entrer en négociation avec elles pour déterminer dans quelle mesure le critère peut être assoupli et sous quelles conditions (par exemple, l'augmentation de la contribution de l'employeur au Fonds pour la formation et le perfectionnement professionnels (FFPP) qui a notamment pour objectifs de promouvoir et soutenir la formation duale, d'encourager les entreprises qui forment des apprentis et de revaloriser la formation et le perfectionnement professionnels).

Condition de réalisation:

L'établissement démontre qu'il remplit le quota¹⁴ de 4% de formation d'apprentis ou que les conditions de la dérogation accordée par le Conseil d'Etat sont remplies.

¹⁴ Fait partie du 4% toute formation donnant lieu à un contrat d'apprentissage uniquement. Sont exclus de l'analyse les médecins et médecins-assistants ainsi que les stagiaires.

3.3.9 Participation à la réinsertion / l'insertion professionnelles

Dans le prolongement de la participation à l'effort de formation décrit au chapitre précédent et pour répondre à des objectifs similaires, le Conseil d'Etat attend également que ses partenaires institutionnels s'engagent dans le domaine de la réinsertion et de l'insertion professionnelles. La participation à l'effort dans le domaine peut prendre diverses formes telles que l'annonce des fonctions dans les ORP ou l'encouragement de la mobilité professionnelle entre acteurs régionaux du secteur de la santé. Une contribution minimale de (ré-)insertion professionnelle est dès lors attendue de leur part s'ils figurent sur la liste hospitalière et qu'ils ont accès à une part de financement public.

Condition de réalisation:

L'établissement s'engage à participer à l'effort de réinsertion/insertion et apporte la preuve qu'il y participe.

3.3.10 Droits des patients

Différentes lois fédérales et cantonales, en particulier le code civil suisse et la loi neuchâteloise de santé, reconnaissent au patient des droits spécifiques dans sa relation avec les professionnels de la santé. Parmi les principaux figurent notamment le droit à l'information du patient et le consentement libre et éclairé de celui-ci qui en découle. En effet, le patient a le droit d'être informé de manière claire et appropriée sur son état de santé, sur les examens et traitements envisageables, sur les conséquences et les risques éventuels qu'ils impliquent, sur le pronostic et sur les aspects financiers du traitement. Ainsi, qu'il soit majeur ou mineur, le patient capable de discernement donne son consentement libre et éclairé aux soins invasifs et non usuels, ceci après avoir été bien informé par le professionnel de la santé. Le patient a le droit de changer d'avis et de retirer le consentement qu'il a donné.

Ces droits ne peuvent être garantis que dans la mesure où les professionnels de santé sont en mesure de s'exprimer dans la langue française que parlent les Neuchâtelois. Or, le personnel des institutions de soins provient pour une part importante d'autres pays que la Suisse. L'Obsan faisait ressortir dans son document de travail 35¹⁵ que la part du personnel étranger dans les hôpitaux de Suisse latine représentait plus de 41% en 2002 et plus de 45% en 2006. Pour confirmer ce constat, relevons que l'HNE employait en 2013 plus de 2.600 personnes qui représentent pas moins de 52 nationalités différentes.

Dans ce contexte, le Conseil d'Etat attend des établissements qui entendent figurer sur la liste hospitalière qu'ils s'engagent à assurer une information au patient aussi claire que possible et, pour y parvenir, à assurer une formation de leur personnel médical et soignant non francophone à la pratique de la langue française, dans une mesure suffisante pour leur permettre de garantir l'exercice de ce droit d'une manière appropriée.

Pour les patients non francophones, l'établissement s'engage à prendre les dispositions nécessaires pour qu'ils puissent bénéficier d'informations compréhensibles, par exemple par le biais de l'interprétariat communautaire.

Condition de réalisation:

L'établissement s'engage à assurer une information adéquate à ses patients et à offrir les cours de langue nécessaires à son personnel soignant non francophone pour y parvenir.

¹⁵ Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020, février 2009.

3.3.11 Marchés publics

La CDS et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux des travaux publics, de l'aménagement du territoire et de l'environnement (DTAP) ont sollicité auprès de l'étude Walder Wyss à Zurich un avis de droit à propos des répercussions du nouveau financement des hôpitaux sur l'assujettissement des hôpitaux répertoriés, soit ceux figurant sur la liste hospitalière cantonale, aux dispositions du droit des marchés publics.

Les auteurs de cet avis de droit parviennent à la conclusion que tous les achats d'un hôpital répertorié dans les domaines couverts par un mandat de prestations cantonal doivent faire l'objet d'un appel d'offres conformément aux règles intercantionales ou internationales habituelles. La forme juridique de l'hôpital ne joue dès lors aucun rôle en matière d'assujettissement au droit des marchés publics.

Le Conseil d'Etat, tout comme la CDS, partage cet avis et considère que cette exigence contribue à assurer une concurrence équitable entre hôpitaux publics et privés. Cette disposition ne s'applique évidemment qu'aux investissements consentis dans les domaines de prestations relevant de l'AOS ou touchant ceux-ci de manière significative.

Condition de réalisation:

L'organe de révision des comptes de l'établissement certifie que les règles applicables en matière de marchés publics ont bien été respectées durant l'année sous revue.

3.3.12 Obligations en cas de cessation d'activité

La présente planification hospitalière portant sur plusieurs années, en l'occurrence les années 2016 à 2022, il peut se passer plein de choses durant cette période comme la cessation d'activité d'un hôpital inscrit sur la liste hospitalière. Or, le Conseil d'Etat est le garant de la couverture des soins hospitaliers de la population neuchâteloise et doit dès lors s'assurer qu'une telle situation, résultant d'une décision volontaire ou forcée, ait le moins de conséquences possibles sur l'accès aux soins.

Par conséquent, le Conseil d'Etat demande aux partenaires qu'il fera figurer sur sa liste hospitalière de s'engager à entreprendre certaines démarches s'ils devaient se retrouver dans une telle situation, 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.

Rappelons ici que la décision finale d'inscrire ou non un nouvel établissement sur la liste hospitalière neuchâteloise relève de la compétence du Conseil d'Etat et que cet établissement doit remplir les exigences posées par celui-ci.

Condition de réalisation:

Dans sa réponse à l'appel d'offres qui sera réalisé dans le cadre de la présente planification hospitalière, l'établissement fournit un engagement formel à respecter ces obligations en cas de cessation d'activité.

3.4 Critères d'adjudication

L'OAMal décrit quels critères doivent notamment être pris en compte par les cantons lors de l'évaluation et du choix de l'offre qui doit être garantie par la liste hospitalière. En effet, l'art. 58b, al. 4 OAMal prévoit que "les cantons prennent notamment en compte:

1. le caractère économique et la qualité de la fourniture de prestations;
2. l'accès des patients au traitement dans un délai utile;
3. la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir son mandat de prestations".

L'al. 5 de ce même article précise en outre ce que les cantons doivent prendre en considération lors de l'examen du caractère économique et de la qualité, à savoir:

1. l'efficacité de la fourniture de prestations;
2. la justification de la qualité nécessaire;
3. le nombre minimum de cas et l'exploitation de synergies.

Si certains aspects de ces critères ont déjà été présentés aux chapitres précédents et ont été considérés comme étant des critères impératifs ou des conditions générales, ils peuvent également être déclinés dans le cadre de critères d'adjudication. Sans que ces critères ne soient éliminatoires, ils constituent la base pour déterminer l'institution la plus apte à figurer sur la liste hospitalière cantonale lorsque l'offre de prestations est supérieure aux besoins prédéterminés.

Cela dit, il est relevé que les critères d'adjudication sont des critères d'appréciation de l'offre et non des critères de sélection. Une marge d'appréciation doit en effet être laissée au Conseil d'Etat qui devra veiller à la bonne répartition des mandats de prestations entre hôpitaux pour couvrir au mieux les besoins en soins hospitaliers de la population. En ce sens, il n'est pas proposé de pondération aux critères d'adjudication. Evidemment, le Conseil d'Etat veillera à présenter de manière transparente l'analyse qui aura conduit à sa décision dans le cadre de son rapport sur la planification hospitalière.

3.4.1 Caractère économique

Comme décrit au chapitre 3.3.5, au point vi), un benchmarking entre hôpitaux doit être réalisé. Pour ce faire, ce sont les coûts, et non les tarifs, qui sont pertinents pour déterminer l'institution la plus économique et efficiente.

Les hôpitaux seront donc appelés à présenter leurs coûts selon le modèle ITAR_K pour permettre à l'Etat de procéder à une comparaison adéquate des données.

Critère d'appréciation:

L'appréciation de ce critère se basera sur les coûts unitaires des établissements.

3.4.2 Qualité

Les indicateurs de qualité relevés par l'ANQ ou par l'OFSP ne sont pas encore suffisamment discriminants pour nous permettre de baser l'adjudication des mandats de prestations sur cette base. D'autres pistes doivent dès lors être recherchées.

i) Nombre de cas

Comme relevé au chapitre 3.2.4, au point ii), il s'avère que plus une prestation est réalisée souvent, meilleure en devient sa qualité. Pour l'adjudication, cette approche est également

retenue. Le nombre de cas pris en charge est donc pris en considération pour l'adjudication des mandats de prestations.

Critère d'appréciation:

L'appréciation de ce critère se basera sur le nombre de cas des établissements dans le groupe de prestations considéré.

ii) Existence de collaborations

Le Conseil d'Etat entend valoriser un fonctionnement en réseau, devenu indispensable dans la médecine actuelle, et l'existence de collaborations formalisées avec d'autres hôpitaux reconnus comme des centres de compétence actifs dans le même groupe de prestations qui permettent ainsi d'offrir des compléments bienvenus à l'offre individuelle de l'hôpital. Ces collaborations peuvent être de différents ordres et ont essentiellement pour but l'institution de liens permanents et réguliers favorisant la création d'un véritable réseau d'échanges, la coordination et le développement de prestations cliniques spécialisées, l'amélioration de la qualité des prestations cliniques, l'augmentation de la masse critique de patients, l'accélération de la diffusion des technologies et la maîtrise de l'évolution des coûts ou encore l'amélioration de l'enseignement et de la recherche grâce à un collectif de patients plus important et une expérience clinique plus vaste.

Critère d'appréciation:

L'appréciation de ce critère se basera sur l'existence de collaborations formalisées, notamment avec des centres de compétences reconnus dans le groupe de prestations considéré.

3.4.3 Accès au traitement dans un délai utile

L'accès au traitement dans un délai utile est une notion inscrite dans la LAMal qu'il est difficile d'appréhender. Le Conseil d'Etat a donc tenu à en spécifier la méthode d'évaluation qu'il appréciera selon deux angles: le premier tenant compte du temps d'accès au lieu de traitement et le second en fonction du délai d'attente pour avoir accès à la prestation en question.

i) Accès au lieu de traitement

Par ce critère, le Conseil d'Etat entend apprécier la situation géographique de l'institution qui postule pour un mandat de prestations.

Critère d'appréciation:

L'appréciation de ce critère se basera sur le temps d'accès en transport privé ou public entre un point central du canton de Neuchâtel et le lieu d'implantation de l'hôpital.

ii) Délai d'attente

Le Conseil d'Etat comparera le délai garanti entre le moment de l'indication posée et la réalisation de chaque (groupe de) prestation élective.

Critère d'appréciation:

L'appréciation de ce critère se basera sur le délai d'attente garanti pour chaque groupe de prestations électives.

3.4.4 Langue

La population neuchâteloise parle essentiellement le français. Par conséquent, il est important que les institutions qui seront appelées à lui fournir des prestations soit capable d'assurer une prise en charge, qui comprend le droit à l'information du patient et le consentement de celui-ci, en langue française.

Critère d'appréciation:

Les établissements situés dans des cantons non francophones fournissent des preuves que la prise en charge des patients peut être assurée en langue française en leur sein. Priorité sera donnée aux institutions établies dans des cantons francophones ou qui arrivent à fournir cette preuve.

4 SUITE DES TRAVAUX

Comme cela a déjà été évoqué au chapitre 1.1, le projet de planification hospitalière a été scindé en trois étapes, dont la seconde est présentée dans ce rapport. La suite des travaux consistera en la réalisation de la dernière étape consacrée à l'élaboration de la liste hospitalière cantonale et l'octroi des mandats de prestations.

Le calendrier fixé pour la suite du projet, à titre indicatif, est le suivant:

Etape 3: Elaboration de la liste hospitalière

- **Février 2015:**
Lancement de l'appel d'offres pour les mandats de prestations;
- **Mai-juin 2015:**
Détermination de l'offre couverte par la liste hospitalière et consultation sur la liste et les mandats de prestations octroyés;
- **Juin-juillet 2015:**
Consultation sur la liste hospitalière;
- **Août-septembre 2015:**
Formalisation des décisions par la publication par le Conseil d'Etat d'un arrêté fixant la liste hospitalière cantonale.

L'objectif du Conseil d'Etat est de pouvoir arrêter une nouvelle liste hospitalière à la fin de l'été 2015 pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016.

5 CONSULTATION

A l'automne 2014, une consultation a été menée sur le projet de rapport du Conseil d'Etat concernant les conditions-cadres. Une vingtaine de partenaires a été associée à cette consultation, dont l'ensemble des hôpitaux figurant actuellement sur la liste hospitalière cantonale. Seize y ont répondu.

De manière générale, les critères proposés semblent cohérents s'agissant des objectifs recherchés. Les partenaires ont une fois encore apprécié la démarche transparente et participative mise en place par l'Etat. Plusieurs propositions de modification ont été retenues et certaines remarques émises nous ont permis de constater que les explications données n'étaient pas suffisamment précises et des adaptations ont été apportées au texte initial.

Sans reprendre de manière exhaustive toutes les remarques et propositions formulées lors de cette consultation, les principales qui n'ont pas été retenues, ou alors que partiellement, sont décrites ci-après et les raisons du maintien de la position initiale du Conseil d'Etat sont données.

Selon un partenaire, la limitation des quantités serait contraire à la concurrence voulue par la LAMal, limiterait le choix du médecin prescripteur et du patient, créerait une distorsion de concurrence entre hôpitaux neuchâtelois et hôpitaux hors canton, non soumis à une limitation, et risquerait d'être contre-productif pour une institution qui n'aurait plus de perspectives de développement. Le Conseil d'Etat, se basant sur la jurisprudence sur le sujet (voir chapitre 3.1.2), ne retient pas ces arguments ou alors que très partiellement. Cela étant, il a décidé de limiter l'application d'une gestion des quantités aux seuls domaines électifs prévus dans le modèle GPPH de manière à réduire les risques liés à l'utilisation d'un tel outil. En outre, il a posé un certain nombre de garde-fous qui doivent lui permettre de disposer d'une marge de manœuvre suffisante pour garantir la couverture des besoins de la population sans préjudice des hôpitaux neuchâtelois par rapport à ceux d'autres cantons.

Des critiques sont également émises à l'encontre du modèle GPPH et des exigences qui y sont posées (voir chapitre 3.2.2). Un partenaire considère en effet que ce modèle a été conçu pour un canton disposant d'une offre hospitalière importante avec hôpital universitaire et qu'il n'est pas applicable tel quel dans un canton comme celui de Neuchâtel. Ce modèle est aujourd'hui utilisé dans de nombreux cantons, notamment sans hôpital universitaire, et recommandé à l'utilisation par la CDS. Son caractère national est de plus en plus avéré. A notre connaissance, aucun canton n'a adapté le modèle si ce n'est que le paquet de base a été scindé par l'un ou l'autre canton. Cela dit, certains cantons ont admis des dérogations aux exigences posées dans le but de couvrir les besoins. C'est également dans ce but que le Conseil d'Etat accordera des dérogations si les exigences posées devaient être trop restrictives, mais il n'entend pas adapter le modèle en soi.

L'obligation d'assurer une masse critique minimale (voir chapitre 3.2.4, chiffre ii) pour répondre à des objectifs de qualité est remise en question par un partenaire. Comme le TAF a validé ce critère dans le cadre d'une procédure contre la précédente liste hospitalière, le Conseil d'Etat n'entend pas revenir sur son application.

Les conditions de travail (voir chapitre 3.3.4) ont donné lieu à deux prises de position diamétralement opposées. D'un côté, il est souhaité que ce critère soit assoupli pour autoriser des conditions équivalentes à celles de la CCT Santé 21. De l'autre, il est demandé

qu'il ne puisse pas être dérogé à ce critère. Fort de la jurisprudence existante du TF et sensible au débat politique qui a eu lieu récemment sur ce sujet, le Conseil d'Etat n'a pas souhaité modifier ce critère. Il relève toutefois qu'il existe actuellement deux versions de la CCT, l'une de droit public et l'autre de droit privé, permettant de répondre à certaines préoccupations d'institutions privées. De plus, le Conseil d'Etat soutiendra toute demande d'un hôpital souhaitant devenir partie à la convention avec pour objectif d'aboutir à un partenariat social aussi large que possible.

La certification à REKOLE semble être problématique pour certaines institutions (voir chapitre 3.3.5, chiffre iii). Le Conseil d'Etat a été sensible aux arguments avancés par les petites structures et a prévu une dérogation à ce critère pour celles-ci.

L'application des règles de marchés publics est contestée par un partenaire qui remet en question l'avis de droit retenu par le Conseil d'Etat pour imposer ce critère. Ce partenaire relève que d'autres avis de droit existent et vont dans le sens contraire, bien qu'il n'ait pas produit de tels documents. En l'absence de ces avis de droit et considérant les recommandations de la CDS en la matière, le Conseil d'Etat maintient sa position initiale à ce sujet.

Deux critères d'adjudication, liés à la participation à l'effort de formation et à des programmes PPS, ont été critiqués car ils créaient une distorsion de concurrence entre les institutions recevant des prestations d'intérêt général et les autres. Si l'objectif compris derrière ces critères n'était pas remis en cause, en faire des critères d'adjudication posait problème. Le Conseil d'Etat a été sensible à ces arguments et les a supprimés. L'objectif sera tout de même atteint dans la mesure où il ressort des conditions générales qu'il a posées.

Il est enfin proposé d'ajouter un critère selon lequel on privilégierait une institution qui peut offrir une prise en charge complète pour éviter des coûts de transports et assurer un meilleur suivi de la trajectoire du patient. Il est renoncé à retenir ce critère dans la mesure où le travail en réseau et la répartition des missions en fonction des compétences et spécialisations des institutions est privilégié dans le système de santé actuel. En outre, le développement d'une stratégie et d'un système de cybersanté prévu par le Conseil d'Etat doit justement permettre d'assurer une bonne trajectoire du patient par une bonne transmission de l'information.

Enfin, comme le veut la procédure, le Conseil de santé, organe consultatif du Conseil d'Etat en matière de santé, a été consulté sur les projets d'arrêté et de rapport. Son préavis a été favorable pour la majorité des membres présents (13 pour, 2 contre et 0 abstention). Un vote spécifique a eu lieu s'agissant de la condition générale relative aux conditions de travail qui a abouti à un résultat identique. Outre cette question spécifique, les oppositions formulées portaient sur l'interventionnisme de l'Etat qui découlait de l'application d'un tel arrêté et sur la volonté du Conseil d'Etat d'instaurer une gestion des quantités.

6 CONCLUSION

En introduction au rapport du Conseil d'Etat sur l'évaluation des besoins en soins hospitaliers de la population neuchâteloise, il était rappelé que les objectifs poursuivis par la planification hospitalière consistaient à assurer un accès adéquat aux soins, à assurer un standard minimum de qualité et à veiller à la maîtrise des coûts. La grande majorité des conditions-cadres décrites dans le présent rapport s'inscrivent dans le respect de ces objectifs.

En outre, il convient de relever que la planification hospitalière est un pan important de la politique cantonale de santé et qu'à ce titre, il convient d'assurer la cohérence interne des objectifs poursuivis. Certaines conditions décrites ci-dessus ont justement pour but d'inciter les hôpitaux et les maisons de naissance à s'inscrire dans le réseau sanitaire cantonal et les objectifs prioritaires de la politique de santé cantonale au premier titre, mais également dans les stratégies de santé publique à l'échelon national et intercantonal, ce précisément dans une vision de santé publique.

Les conditions-cadres proposées par le Conseil d'Etat visent à assurer la transparence du processus de planification hospitalière et à fixer les règles du jeu pour les établissements souhaitant figurer sur la liste hospitalière. Il s'agit pour le Conseil d'Etat de s'appuyer sur des bases aussi objectives que possible lors de l'attribution des mandats de prestations qui est la dernière étape du processus de planification hospitalière, ce dans le respect de la législation idoine. Il est d'ailleurs relevé que ces conditions-cadres ressortent pour l'essentiel de textes législatifs ou réglementaires, de la jurisprudence existante, d'avis de droit ou encore de recommandations d'organismes intercantonaux et ne s'inscrivent pas dans une perspective de restriction de la liberté économique des institutions hospitalières par notre autorité.

7 ANNEXES

Annexe 1 Domaines de prestations

Tableau 1: Domaines de prestations des soins somatiques aigus

Domaines de prestations du modèle GPPH
Paquet de base
Dermatologie
Oto-rhino-laryngologie
Neurochirurgie
Neurologie
Ophtalmologie
Endocrinologie
Gastroentérologie
Chirurgie viscérale
Hématologie
Vaisseaux
Cœur
Néphrologie
Urologie
Pneumologie
Chirurgie thoracique
Transplantations d'organes solides
Orthopédie
Rhumatologie
Gynécologie
Obstétrique
Nouveau-nés
(Radio-)oncologie
Traumatismes graves
Domaines pluridisciplinaires

Tableau 2: Domaines de prestations de réadaptation

Groupes de prestations de réadaptation
Réadaptation musculo-squelettique
Réadaptation cardiovasculaire
Réadaptation pulmonaire
Réadaptation neurologique
Réadaptation paraplégique et tétraplégique
Réadaptation générale et polyvalente gériatrique

Tableau 3: Domaines de prestations de psychiatrie

Groupes de prestations de psychiatrie
Pédopsychiatrie
Psychiatrie de l'adolescent
Psychiatrie de l'adulte
Psychiatrie de l'âge avancé et psychogériatrie

Annexe 2 Conditions à remplir pour le domaine des soins somatiques aigus

Les conditions à remplir pour le domaine des soins somatiques aigus sont définies dans le détail dans le cadre du concept GPPH¹⁶. Ci-dessous, sont toutefois présentés les principaux aspects de ces exigences ainsi qu'un tableau décrivant les exigences posées pour l'ensemble des groupes de prestations.

a. Exigences liées au paquet de base

Le paquet de base (PB) constitue la base et une obligation pour tous les hôpitaux comportant un service des urgences. Il représente également une condition pour tous les groupes de prestations comportant un fort pourcentage de patients admis en urgence. Comme ces derniers arrivent souvent à l'hôpital avec des troubles non encore définis, il ne suffit pas qu'il y ait un service des urgences adéquat, il faut aussi une offre étendue en soins de base. C'est le seul moyen de garantir que ces patients bénéficieront d'un diagnostic complet et, le cas échéant, qu'ils recevront immédiatement un premier traitement. Les services indispensables dans un hôpital sont la médecine interne et la chirurgie. Les hôpitaux qui souhaitent offrir le paquet de base doivent aussi satisfaire aux exigences suivantes :

- Service de médecine dirigé par un spécialiste de médecine interne;
- Service chirurgical dirigé par un chirurgien;
- Anesthésie;
- Service des urgences de niveau 1;
- Unité de soins intensifs de niveau 1;
- Laboratoire 365 jours/an, 24h/24;
- Radiologie 365 jours/an, 24h/24 ; Scanner en 30 minutes par un médecin-assistant en radiologie (minimum 2 années d'expérience comme assistant en radiologie) ou, en cas de nécessité médicale, par le spécialiste;
- Infectiologie et soins psychiatriques en coopération;
- Soins palliatifs de base.

Le paquet de base programmé (PBP) fait partie du PB et comprend uniquement les prestations relevant des soins de base dans les «domaines de prestations programmées», c'est-à-dire ceux pour lesquels l'hôpital dispose d'un mandat de prestations. Par exemple, si un fournisseur a un mandat pour les groupes de prestations urologiques, le PBP comprend toutes les prestations de base urologiques. Il constitue la base pour tous les fournisseurs sans service des urgences. Les hôpitaux avec PBP ne peuvent offrir que des groupes de prestations comprenant principalement des interventions programmées dans les domaines suivants : ophtalmologie, ORL, appareil locomoteur, gynécologie et urologie. Une condition importante est la disponibilité d'un médecin 24h/24 (par exemple interniste, anesthésiste, etc.). Les hôpitaux qui souhaitent offrir le paquet de base programmé doivent satisfaire aux exigences suivantes :

- Suivi médical 24h sur 24 sur place;
- Laboratoire de 7h à 17h;

¹⁶ 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 > Définitions et exigences GPPH.

- Transfert des urgences survenant à l'interne d'un hôpital vers un hôpital avec des soins médicaux complets assuré;
- Infectiologie en coopération.

b. Exigences spécifiques liées à la prestation

Selon les différents groupes de prestations des exigences spécifiques liées à la prestation doivent être remplies :

1. Médecin spécialiste et disponibilité

Les spécialistes requis (titulaires d'un titre FMH ou d'un titre étranger équivalent) varient suivant le groupe de prestations. Au moins un des spécialistes mentionnés doit être disponible. Pour les disciplines relevant de la médecine interne, par exemple, il doit s'agir d'internistes et/ou de spécialistes en fonction des nécessités médicales. En principe, ce sont eux qui traitent les patients concernés. L'hôpital et les spécialistes ont toutefois la compétence de déléguer le traitement. Pour certains groupes de prestations, ils peuvent aussi recourir à des médecins agréés ou à des médecins consultants. Le type d'engagement des spécialistes est précisé pour chaque groupe. Egalement pour chaque groupe de prestations, la disponibilité attendue des médecins spécialistes ou des médecins disposant de la qualification appropriée est définie de manière précise. Cette disponibilité doit être garantie 24h sur 24 et 365 jours par an.

2. Service des urgences

Pour les groupes de prestations comptant de nombreux patients admis en urgence, un service des urgences est obligatoire. On en distingue trois niveaux, définis selon le délai dans lequel le traitement nécessaire doit être effectué pour chaque groupe. Des exigences particulières sont définies pour l'obstétrique. La présence d'un service d'urgences est une des conditions à remplir pour prétendre à un mandat dans certaines prestations spécialisées.

3. Unité de soins intensifs

Une unité de soins intensifs (USI) est obligatoire pour les groupes de prestations qui nécessitent des transferts fréquents aux soins intensifs. On distingue trois niveaux, définis selon le délai dans lequel le traitement nécessaire doit être effectué pour chaque groupe.

4. Liens, prestations liées

De nombreux traitements nécessitent un savoir interdisciplinaire. Les prestations qui sont étroitement liées du point de vue médical doivent donc être assurées sur le même site. Si un hôpital propose, par exemple, les prestations en chirurgie viscérale, il doit également fournir celles en gastroentérologie.

Des prestations comme la radiologie interventionnelle sont nécessaires pour certains groupes de prestations, mais ne doivent pas impérativement être fournies par le même hôpital. Dans un tel cas, une coopération réalisée à l'interne avec d'autres fournisseurs ou à l'externe (sous-traitance) peut s'avérer judicieuse, sous réserve que les partenaires disposent d'un mandat de prestations du canton.

5. Tumor board

Le traitement de patients présentant une tumeur cancéreuse requiert généralement un tumor board. Ce groupe interdisciplinaire, qui se réunit régulièrement, comprend un radiooncologue, des oncologues, des internistes, des radiologues, un pathologiste ainsi

qu'un spécialiste de l'organe touché. Le groupe peut en principe être géré en coopération avec un autre hôpital.

6. Nombre minimal de cas

Un nombre minimal de 10 cas est prescrit pour une trentaine de groupes de prestations. Il s'agit surtout de traitements spécialisés nécessitant généralement une hospitalisation. Un nombre minimal plus élevé est requis pour la chirurgie bariatrique, la chirurgie coronarienne et les néoplasmes malins du poumon.

7. Autres exigences

Il s'agit, en regard du groupe de prestations concerné, des exigences spécifiques supplémentaires qui doivent être remplies pour certains traitements, telles que les conseils en nutrition et en diabétologie, la consultation d'un spécialiste ou certains examens préalables et soins de suivi.

Groupes de prestations et exigences (version 2015.1)

Domaines principaux	Domaines de prestations	Groupes de prestations		Titre de spécialiste / formation approfondie FMH	Disponibilité	Service des urgences	Unité des soins intensifs	Lien			Tumorboard	Nombre min. de cas	Autres exigences
		Sigle	Désignations					Paquet de base	En interne uniquement	En interne ou en coopération			
Paquet de base	Paquet de base	BP	Paquet de base	Base médecine interne et chirurgie	1	1	1						
	Paquet de base programmé	BPE	Paquet de base programmé	En fonction du groupe de prestations	2		1			BP			
Système nerveux & organes sensoriels	Dermatologie	DER1	Dermatologie (y c. vénéréologie)	(Dermatologie et vénéréologie)	1	2	1	BP					
		DER1.1	Oncologie dermatologique	(Dermatologie et vénéréologie)			1	BP	ONK1		TUB	10	
		DER1.2	Affections cutanées graves	(Dermatologie et vénéréologie)	2	2	2	BP					
		DER2	Traitement des plaies					BPE/BP					Centre ambulatoire de traitement des plaies
	Oto-rhino-laryngologie	HNO1	Oto-rhino-laryngologie(chirurgie ORL)	(Oto-rhino-laryngologie)	2		1	BPE/BP					
		HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale	(Oto-rhino-laryngologie)	2		1	BPE/BP					
		HNO1.1.1	Interventions ORL complexes (chirurgie tumorale interdisciplinaire)	(Oto-rhino-laryngologie, y c. formation approfondie en chirurgie cervico-faciale)	2		2	BPE/BP	KIE1		TUB		
		HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus	(Oto-rhino-laryngologie)	2		1	BPE/BP					
		HNO1.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)	(Oto-rhino-laryngologie, y c. formation approfondie en chirurgie cervico-faciale)	2		1	BP	NCH1				
		HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)	(Oto-rhino-laryngologie)	2		1	BPE/BP					

	HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère	(Oto-rhino-laryngologie, y c. formation approfondie en chirurgie cervico-faciale)	2		1	BP	NCH1		
	HNO1.3.2	Implants cochléaires (CIMHS)	Oto-rhino-laryngologie	2		1	BP			
	HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	(Oto-rhino-laryngologie) (Chirurgie)	2		1	BPE/BP		END1 + NUK1	
	KIE1	Chirurgie maxillaire	(Chirurgie maxilo-faciale) (Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique)	2		1	BPE/BP			TUB
Neurochirurgie	NCH1	Neurochirurgie crânienne	Neurochirurgie	2	2	2	BP	HNO1 + NEU1 + RAD1		TUB
	NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée	Neurochirurgie	3	3	3	BP	AUG1 + END1		TUB 10
	NCH2	Neurochirurgie spinale	(Neurochirurgie)	2		1	BPE/BP		BEW8	
	NCH3	Neurochirurgie périphérique	(Neurochirurgie)	2		1	BPE/BP	BEW1 ou BEW2 ou BEW3		
Neurologie	NEU1	Neurologie	(Neurologie)	2	2		BP			
	NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux	Médecine interne Neurologie Radio-oncologie Oncologie médicale	2	2		BP			TUB
	NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)	Neurologie Neurochirurgie	2	2		BP	NEU1 + NCH1	RAD1 +RAO1	TUB
	NEU3	Maladies cérébrovasculaires	Neurologie Médecine interne	2	2	2	BP		NEU3.1	Liaison télé-médicale à un Stroke Center, CT-scan ou IRM avec la possibilité de faire des angiographies 24/24, certification NIH-Stroke Scale des médecins traitants, saisie de tous les patients dans un registre national unique (probablement le registre Swiss Stroke)
	NEU3.1	Maladies cérébrovasculaires avec stroke unit (CIMHS)	Neurologie Neurochirurgie	3	3	2	BP	GEF3+AN G3 +GEF4+A NG4 + RAD1+NC		Certification Stroke Center

	NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe	Neurochirurgie	2				NCH1.1	10	Evaluation psychiatrique obligatoire dans le diagnostic d'une crise psychogène non épileptique. Surveillance 24h sur 24 par un personnel technique spécialement formé.	
	NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe	(Neurologie)	2					10		
Ophthalmologie	AUG1	Ophtalmologie	(Ophtalmologie, y c. formation approfondie en ophtalmochirurgie)	2	1		BPE/BP				
	AUG1.1	Strabologie	(Ophtalmologie, y c. formation approfondie en ophtalmochirurgie)	2	1		BPE/BP				
	AUG1.2	Orbite, Paupières, Voies lacrimales	(Ophtalmologie, y c. formation approfondie en ophtalmochirurgie)	2	1		BPE/BP				
	AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur	(Ophtalmologie, y c. formation approfondie en ophtalmochirurgie)	2	1		BPE/BP				
	AUG1.4	Cataracte	(Ophtalmologie, y c. formation approfondie en ophtalmochirurgie)	2	1		BPE/BP				
	AUG1.5	Affections du corps vitré/de la cornée	(Ophtalmologie, y c. formation approfondie en ophtalmochirurgie)	2	1		BPE/BP				
Organes internes	Endocrinologie	END1	Endocrinologie	(Endocrinologie/diabétologie)	1	1	1	BP			Consultation en nutrition et diabétologie
	Gastroentérologie	GAE1	Gastroentérologie	(Gastroentérologie)	2	2	1	BP	VIS1	TUB	
GAE1.1		Gastroentérologie spécialisée	Gastroentérologie	2	2	2	BP			TUB	
Chirurgie viscérale	VIS1	Chirurgie viscérale	(Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie viscérale)	2	2	1	BP	GAE1		TUB	
	VIS1.1	Interventions majeures sur le pancréas (CIMHS)	Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie viscérale	2	2	2	BP	GAE1.1	END1 + VIS1.2	TUB	10
	VIS1.2	Interventions majeures sur le foie (CIMHS)	Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie viscérale	2	2	2	BP	GAE1.1	END1 + VIS1.1	TUB	10
	VIS1.3	Chirurgie de l'œsophage (CIMHS)	Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie viscérale	2	2	3	BP			TUB	10

	VIS1.4	Chirurgie bariatrique	Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie viscérale	2	2	2	BP		END1		Certification SMOB centre primaire	
	VIS1.4.1	Chirurgie bariatrique spécialisée (CIMHS)	Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie viscérale	2	2	2	BP				Certification SMOB centre de référence	
	VIS1.5	Interventions sur le bas rectum (CIMHS)	Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie viscérale	2	2	2	BP			TUB	10	
Hématologie	HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	Hématologie Oncologie médicale Médecine interne	1	1	2	BP	ONK1		TUB		
	HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	Hématologie Oncologie médicale	1	1	2	BP	ONK1		TUB	10	
	HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	Hématologie Oncologie médicale Médecine interne	1	1	1	BP	ONK1		TUB		
	HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	Hématologie Oncologie médicale Médecine interne	1	1	1	BP			TUB		
	HAE4	Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques	(Oncologie médicale) (Hématologie)	2	2	2	BP				10	Accréditation JACIE
	HAE5	Transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques (CIMHS)	Hématologie Oncologie médicale	2	2	3	BP					
Vaisseaux	GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	(Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie vasculaire) (Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, y c. formation approfondie en chirurgie vasculaire)	2	2	1	BP	ANG1 + RAD1			10	conférence interdisciplinaire d'indication (CHV/ANG)
	ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artérielles)	(Angiologie) (Radiologie) (Cardiologie)	2	2	1	BP	RAD1	GEF1			conférence interdisciplinaire d'indication (CHV/ANG)

	GEF2	Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux	Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie vasculaire Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, y c. formation approfondie en chirurgie vasculaire	3	3	2	BP	ANG2 + RAD1	HER1.1	10 (resp. 20 avec ANG2)	conférence interdisciplinaire d'indication (CHV/ANG)
	ANG2	Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux	Angiologie Radiologie Cardiologie	3	3	2	BP	GEF2 + RAD1	HER1.1	10 (resp. 20 avec GEF2)	conférence interdisciplinaire d'indication (CHV/ANG)
	GEF3	Chirurgie carotidienne	(Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie vasculaire) (Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, y c. formation approfondie en chirurgie vasculaire)	2	2	2	BP	NEU1 + RAD1	HER1.1 + ANG3	10 (resp. 20 avec ANG3)	conférence interdisciplinaire d'indication (CHV/ANG)
	ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens	(Angiologie) (Radiologie) (Cardiologie)	2	2	2	BP	NEU1 + GEF3 + RAD1	HER1.1	10 (resp. 20 avec GEF3)	conférence interdisciplinaire d'indication (CHV/ANG)
	GEF4	Chirurgie vasculaire des vaisseaux intracrâniens (interventions électives, excl. AVC)	Neurochirurgie	3	3	2	BP	NEU3.1 + ANG4 + NCH1.1 + NEU1 + RAD1	HER1.1	10 (resp. 20 avec ANG4)	conférence interdisciplinaire d'indication (CHV/ANG)
	ANG4	Interventions sur les vaisseaux intracrâniens (interventions électives, excl. AVC)	Radiologie, y c. formation approfondie en neuroradiologie invasive	3	3	2	BP	NEU3.1 + GEF4 + NEU1 + RAD1		10 (resp. 20 avec GEF4)	conférence interdisciplinaire d'indication (CHV/ANG)
	RAD1	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)	Radiologie	2	2	1	BP				
Cœur	HER1	Chirurgie cardiaque simple	Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	3	3	3	BP	HER1.1			
	HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	3	3	3	BP	KAR1.1 + KAR1.1.1			

HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)	Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	3	3	3	BP	HER1.1.3 + HER1.1.4 + HER1.1.5	100
HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe	Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique Cardiologie	3	3	3	BP		10
HER1.1.3	Chirurgie et interventions de l'aorte thoracique	Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	3	3	3	BP	HER1.1.1 + HER1.1.4 + HER1.1.5	
HER1.1.4	Chirurgie de la valve aortique	Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	3	3	3	BP	HER1.1.1 + HER1.1.3 + HER1.1.5	
HER1.1.5	Chirurgie de la valve mitrale	Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	3	3	3	BP	HER1.1.1 + HER1.1.3 + HER1.1.4	
KAR1	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)	Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique Cardiologie et Médecine interne	2	2	2	BP	KAR1.1 + KAR1.1.1	
KAR1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	Cardiologie	3	3	2	BP	HER1.1	
KAR1.1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)	Cardiologie	3	3	3	BP	HER1.1	10
KAR1.2	Electrophysiologie (ablations)	Cardiologie	2	2	2	BP	HER1.1	
KAR1.3	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)	Cardiologie Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	2	2	2	BP	HER1.1	Adhérence aux directives de la Société Suisse de Cardiologie sur la thérapie par défibrillateur. Tenue d'un registre des activités. Concept spécifique de collaboration avec HER1.1. Garantie d'une prise en charge des patients 24h sur 24.

Néphrologie	NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	(Néphrologie) Médecine intensive	2	2	2	BP	VIS1 + GEF1 + ANG1 + RAD1		Dialyse ambulatoire et dialyse péritonéale
Urologie	URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	(Urologie)	2		1	BPE/BP		TUB	
	URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	(Urologie, y c. formation approfondie en urologie opératoire)	2		1	BPE/BP			
	URO1.1.1	Prostatectomie radicale	(Urologie, y c. formation approfondie en urologie opératoire)	2		1	BPE/BP		TUB	10
	URO1.1.2	Cystectomie radicale	(Urologie, y c. formation approfondie en urologie opératoire)	2		2	BPE/BP		TUB	10
	URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	(Urologie, y c. formation approfondie en urologie opératoire)	2		2	BPE/BP		TUB	10
	URO1.1.4	Surrénalectomie isolée	(Urologie, y c. formation approfondie en urologie opératoire) (Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie viscérale)	2		2	BPE/BP	END1		
	URO1.1.5	Plastie reconstructive de la jonction pyélo-urétérale	(Urologie, y c. formation approfondie en urologie opératoire)	2		1	BPE/BP			
	URO1.1.6	Plastie reconstructive de l'urètre	(Urologie, y c. formation approfondie en urologie opératoire)	2		1	BPE/BP			
	URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	(Urologie, y c. formation approfondie en urologie opératoire)	2		1	BPE/BP			
	URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	(Urologie, y c. formation approfondie en urologie opératoire)	2		1	BPE/BP	RAD1		
Pneumologie	PNE1	Pneumologie	(Pneumologie)	1	1	1	BP	THO1.1	TUB	Possibilité de surveillance continue des patients, d'intubation et de ventilation mécanique momentanée
	PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	Pneumologie	1	1	1	BP			

	PNE1.2	Evaluation avant ou status après transplantation	Pneumologie	2	2	2	BP	TPL2	
	PNE1.3	Mucoviscidose	Pneumologie	2	2	2	BP	THO1 + END1 + HNO1.2 + GAE1	TPL2 Centre de mucoviscidose avec personnel multidisciplinaire spécialisé en mucoviscidose ainsi qu'un spécialiste en mucoviscidose comme responsable médical ; physiothérapie ; conseil en nutrition etc.
	PNE2	Polysomnographie	Attestation de formation complémentaire en médecine du sommeil avec titre de spécialiste en pneumologie, en neurologie ou en psychiatrie et psychothérapie			1			Centre du sommeil accrédité par la SSRSMSC
Chirurgie thoracique	THO1	Chirurgie thoracique	Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie thoracique	2	2	2	BP	PNE1	
	THO1.1	Néoplasmes malins du système respiratoire (résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie thoracique	2	2	3	BP		TUB 30
	THO1.2	Chirurgie du médiastin	Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie thoracique	2	2	3	BP		
Transplantations	TPL1	Transplantations cardiaques (CIMHS)		3	3	3	BP		
	TPL2	Transplantations pulmonaires (CIMHS)		3	3	3	BP		
	TPL3	Transplantations hépatiques (CIMHS)		3	3	3	BP		
	TPL4	Transplantations pancréatiques (CIMHS)		3	3	3	BP		
	TPL5	Transplantations rénales (CIMHS)		3	3	3	BP		
	TPL6	Transplantations intestinales		3	3	3	BP		
	TPL7	Transplantation de rate	Pneumologie	3	3	3	BP		

Appareil locomoteur	Orthopédie	BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	(Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) (Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie générale et traumatologie)	2	1	BPE/BP	
		BEW2	Orthopédie	(Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur)	2	1	BPE/BP	
		BEW3	Chirurgie de la main	(Chirurgie de la main)	2	1	BPE/BP	Centre ambulatoire spécialisé en chirurgie de la main
		BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	(Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) (Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie générale et traumatologie)	2	1	BPE/BP	BEW1 ou BEW2 ou BEW3
		BEW5	Arthroscopie du genou	(Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) (Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie générale et traumatologie)	2	1	BPE/BP	BEW1 ou BEW2
		BEW6	Reconstruction de membres supérieurs	(Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) (Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie générale et traumatologie) (Chirurgie de la main)	2	1	BPE/BP	BEW1 ou BEW2 ou BEW3
		BEW7	Reconstruction de membres inférieurs	(Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) (Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie générale et traumatologie)	2	1	BPE/BP	BEW1 ou BEW2
		BEW8	Chirurgie de la colonne vertébrale	(Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) (Neurochirurgie) (Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie générale et traumatologie)	2	1	BPE/BP	BEW1 ou BEW2 ou NCH2 ou NCH3

		BEW8.1	Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale	(Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) (Neurochirurgie) (Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie générale et traumatologie)	2		1	BPE/BP	BEW1 ou BEW2 ou NCH2 ou NCH3		10	
		BEW9	Tumeurs osseuses	(Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur)	2		1	BPE/BP	BEW1 ou BEW2 ou NCH2 ou NCH3	TUB	10	
		BEW10	Chirurgie du plexus	(Chirurgie de la main) (Neurochirurgie)	2		1	BPE/BP	BEW1 ou BEW2 ou BEW3 ou NCH3		10	Monitoring préopératoire des nerfs (par la division de neurologie)
		BEW11	Réimplantations	Chirurgie de la main	3	3	2	BP	BEW1 ou BEW2 ou BEW3 et NCH3			Centre ambulatoire spécialisé en chirurgie de la main, monitoring peropératoire des nerfs (par la division de neurologie)
Rhumatologie	RHE1	Rhumatologie	(Rhumatologie) (Rhumatologie et médecine physique et réadaptation)	1		1	BPE/BP		NEU1 + BEW8			
	RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire	Rhumatologie Rhumatologie et médecine physique et réadaptation	2	2	2	BP	DER1 + NEU1 + GAE1 + ANG1+ KAR1+ PNE1 + BEW2				
Gynéco-obstétrique & Nouveaux-nés	GYN1	Gynécologie	(Gynécologie et obstétrique)	2		1	BPE/BP					
	GYN1.1	Néoplasmes malins de la vulve et du vagin	(Gynécologie et obstétrique, y c. formation approfondie en oncologie gynécologique) (Gynécologie et obstétrique avec nombre équivalent d'opérations de néoplasmes de la vulve et du vagin)	2		2	BPE/BP		VIS1	TUB		

	GYN1.2	Néoplasmes malins du col de l'utérus	(Gynécologie et obstétrique, y c. formation approfondie en oncologie gynécologique) (Gynécologie et obstétrique avec nombre équivalent d'opérations de néoplasmes du col de l'utérus)	2		2	BPE/BP		VIS1		TUB	
	GYN1.3	Néoplasmes malins du corps utérin	(Gynécologie et obstétrique, y c. formation approfondie en oncologie gynécologique) (Gynécologie et obstétrique avec attestation de 50 lymphadénectomies lors de néoplasmes pelviens)	2		1	BPE/BP		VIS1		TUB	
	GYN1.4	Néoplasmes malins de l'ovaire	(Gynécologie et obstétrique, y c. formation approfondie en oncologie gynécologique) (Gynécologie et obstétrique avec nombre équivalent d'opérations de néoplasmes de l'ovaire)	2		2	BPE/BP		VIS1		TUB	
	GYN2	Néoplasmes malins de la glande mammaire	(Attestation de 50 opérations de néoplasmes de la glande mammaire)	2		1	BPE/BP				TUB	
	PLC1	Interventions liées à la transsexualité	Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique Gynécologie et obstétrique	2		2	BP	GYN1				Endocrinologie gynécologique/prise en charge psychiatrique
Obstétrique	GEBH	Maisons de naissance (à partir de la 37e sem.)							GEB1 + NEO1			Exigences de qualité pour les maisons de naissance
	GEB1	Soins de base en obstétrique (à partir de la 34e semaine et >= 2000g)	(Gynécologie et obstétrique)	4	4	1	BP	NEO1	NEO1.1			Si hospitalisation prénatale, consulter NEO1.1
	GEB1.1	Obstétrique (à partir de la 32e semaine et >= 1250g)	Gynécologie et obstétrique	4	4	2	BP	NEO1.1	GEB1.1.1	1500		*concerne somme des cas GEB1 et GEB 1.1
	GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée	Gynécologie et obstétrique, y c. formation approfondie en obstétrique et médecine foeto-maternelle	4	4	2	BP	NEO1.1.1				
Nouveau-nés	NEO1	Soins de base aux nouveau-nés (dès âge gestationnel 34 0/7 SA et PN 2000g)	(Gynécologie et obstétrique) (Pédiatrie)	2			BP	GEB1				Autres exigences selon niveau I des Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland

		NEO1.1	Néonatalogie (dès âge gestationnel 32 0/7 SA et PN 1250g)	Pédiatrie, y c. formation approfondie et néonatalogie	4		1	BP	GEB1.1	NEO1.1.1.1	Autres exigences selon niveau IIB des Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland	
		NEO1.1.1	Néonatalogie spécialisée (dès âge gestationnel 28 0/7 SA et PN 1000g)	Pédiatrie, y c. formation approfondie et néonatalogie	4		2	BP	GEB1.1.1	NEO1.1.1.1	Autres exigences selon niveau III des Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland	
		NEO1.1.1.1	Néonatalogie très spécialisée (âge gestationnel <28 0/7 SA et PN <1000g)	Pédiatrie, y c. formation approfondie et néonatalogie	4		2	BP	GEB1.1.1		Autres exigences selon niveau III des Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland	
Autres	(Radio-)oncologie	ONK1	Oncologie	(Oncologie médicale) (Médecine interne)	2	2	1	BP		RAO1 + NUK1	TUB	
		RAO1	Radio-oncologie	Radio-oncologie / radiothérapie	2	2	2	BP	ONK1		TUB	
		NUK1	Médecine nucléaire	Médecine nucléaire			1	BP		END1	TUB	Dispositions de l'OFSP sur la radioprotection
Traumatismes graves	UNF1	UNF1	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)	Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie générale et traumatologie Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie viscérale Chirurgie de la main Médecine intensive Médecine interne	2	3	2	BP	VIS1 + BEW1	NEU1 + THO1		
		UNF1.1	Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes craniocérébraux)	Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie générale et traumatologie Neurochirurgie	3	3	3	BP	BEW1 + NCH1			
		UNF2	Brûlures étendues (CIMHS)		3	3	3	BP				
Domaines pluri-disciplinaires	Pédiatrie	KINM	Pédiatrie	Pédiatrie	2	2	2	BP				Clinique pédiatrique
	Chirurgie pédiatrique	KINC	Chirurgie pédiatrique	Chirurgie pédiatrique	2	2	2	BPE/BP				Clinique pédiatrique et anesthésie pédiatrique
		KINB	Chirurgie pédiatrique de base		2	2	1	BPE/BP				Anesthésie pédiatrique (enfants de moins de 6 ans) prête à intervenir dans les 30 minutes pendant les 24 heures suivant l'opération. Mandat pour le groupe de prestations

GER	Centre de compétence en gériatrie aiguë	Médecine générale, y c. formation approfondie en gériatrie Médecine interne, y c. formation approfondie en gériatrie	1	1	1	Spécialiste en gériatrie ou Médecine générale, y c. formation approfondie en gériatrie engagé à 5% par lit (à partir du 1.1.2018)
PAL	Centre de compétence en soins palliatifs	Médecine interne	1			Certification avec le label "Qualité en soins palliatif" pour adultes (à partir du 1.1.2018)
AVA	Soins somatiques aigus de personnes souffrant de maladies de dépendance	Médecine interne (Psychiatrie)	1			

Légendes des colonnes

Groupes de prestations: les domaines de prestations s'articulent en groupes de prestations. Ces derniers sont liés hiérarchiquement au sein de chaque domaine au moyen d'un sigle. Ainsi, le groupe de prestations chirurgie viscérale, désigné par le sigle VIS1, forme la base des autres groupes qui y sont rattachés (VIS1.1 à VIS1.5). Tous les groupes de prestations sont définis de manière univoque sur la base de codes de diagnostic (CIM) et de traitement (CHOP) ou sur la base de SwissDRG.

Titres de spécialiste et de formation approfondie FMH: Le titre FMH sans parenthèses signifie que les médecins doivent être employés par l'hôpital ou y avoir leur cabinet. Lorsque le titre FMH figure entre parenthèses, il est possible de faire appel à des médecins agréés ou à des médecins consultants, à condition qu'ils soient liés par contrat à l'hôpital et que leur cabinet soit proche de celui-ci.

Spécialiste / disponibilité temporelle:

- 1 = spécialiste joignable <=1h ou patient transféré <=1h /
- 2 = spécialiste joignable en permanence et intervention <=1h /
- 3 = spécialiste joignable en permanence et intervention <=30min /
- 4 = obstétricien présent à l'hôpital <=10min.

Service des urgences:

1 = 8-17 h: des médecins spécialistes en médecine et en chirurgie sont disponibles pour les urgences (service hospitalier multifonctionnel). 17-8 h: des médecins-assistants en médecine et en chirurgie sont disponibles pour les urgences.
Spécialiste joignable en cas de nécessité médicale: 30 min en médecine, 30 min en chirurgie, 15 min en anesthésie.
2 = 8-17 h: des médecins spécialistes en médecine et en chirurgie sont disponibles en première priorité pour les urgences. 17-8 h: des médecins-assistants en médecine et en chirurgie sont disponibles pour les urgences.
Spécialiste joignable en cas de nécessité médicale: 30 min en médecine, 30 min en chirurgie, 15 min en anesthésie.
3 = 8-23h LU-VE: Des médecins spécialistes en médecine et en chirurgie sont disponibles en première priorité pour les urgences et sont en cas de nécessité médicale disponibles en 5 minutes au service d'urgence (Intervention en salle d'opération uniquement pour des opérations d'urgence). 23-8h LU-VE et 24/24 week-ends et jours fériés: Des médecins-assistants sont disponibles en première priorité pour les urgences et sont en cas de nécessité médicale disponibles en 5 minutes au service d'urgence. Au moins un médecin-assistant effectue la deuxième-moitié de sa formation spécialisée. De plus, un médecin spécialiste en chirurgie est à disposition du service d'urgence en cas de nécessité médicale en 15 min (Intervention en salle d'opération uniquement permise pour des opérations d'urgence) et un médecin spécialiste en médecine est disponible en 30 min.
4 = 24 h sur 24, obstétrique: les accouchements sont assurés par un spécialiste en gynécologie et obstétrique (présent sur place en 10 minutes). Les césariennes en urgence doivent être réalisées en <15 min (délai décision naissance [DDN]). Sages-femmes: présence 24 h sur 24.

Service des soins intensifs:

1 = En cas de besoin, l'unité doit être opérationnelle 24h/24h et 7j/7j. L'hôpital dispose d'une convention de coopération avec un hôpital disposant des soins intensifs de niveau 2 pour les transferts immédiats de patients. Il ne traite que les cas ASA I – II ou des cas stables ASA III (pas de patients à risque). La nécessité d'une surveillance fréquente et / ou d'un soutien respiratoire après l'intervention n'est pas prévisible avant l'opération. L'hôpital peut s'appuyer sur du personnel spécialisé. Il remplit un certain nombre d'exigences s'agissant de ses infrastructures (notamment radiologie et laboratoire).
2 = Respecter les directives de la Société suisse de médecine intensive (SSMI) du 1er novembre 2007 sur la reconnaissance des unités de soins intensifs (<http://www.sgi-ssmi.ch/sgi-richtlinien-is.html>).
3 = Niveau 2 + Nombre de journées de soins et de ventilation mécanique selon les critères de la FMH pour les établissements de formation postgrade de catégorie A: - nombre de journées de soins / an ≥2600- nombre de journées de ventilation mécanique / an ≥1000.

Annexe 3 Conditions à remplir pour le domaine de la réadaptation

Selon les différents domaines, les exigences spécifiques liées à la prestation doivent être remplies. Ci-dessous, sont présentés les principaux aspects de ces exigences ainsi qu'un tableau décrivant les exigences posées pour l'ensemble des groupes de prestations.

Structure du personnel

Les spécialistes requis (titulaires d'un titre FMH ou d'un titre étranger équivalent) varient suivant le groupe de prestations. Au moins un des spécialistes mentionnés doit être disponible. Pour les disciplines relevant de la médecine interne, par exemple, il doit s'agir d'internistes et/ou de spécialistes en fonction des nécessités médicales. En principe, ce sont eux qui traitent les patients concernés. L'établissement et les spécialistes ont toutefois la compétence de déléguer le traitement. Pour certains groupes de prestations, ils peuvent aussi recourir à des médecins agréés ou à des médecins consultants.

Groupes de prestations et exigences						
Exigences	Réadaptation générale et polyvalente gériatrique	Réadaptation musculo-squelettique	Réadaptation cardiovasculaire	Réadaptation neurologique	Réadaptation pulmonaire	Réadaptation paraplégique et tétraplégique
Nombre minimum de cas	250	250	250	200	250	-
Equipe pluridisciplinaire	Le personnel médico-soignant doit être composé de médecins cadres, de psychologues, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, d'un diététicien et de personnel soignant. Un assistant social ou un pédagogue curatif est intégré dans l'équipe pluridisciplinaire.	Le personnel médico-soignant doit être composé de médecins cadres, de psychologues, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de masseurs médicaux, d'un diététicien et de personnel soignant. Un assistant social ou un pédagogue curatif est intégré dans l'équipe pluridisciplinaire.	Le personnel médico-soignant doit être composé de médecins cadres, de psychologues, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de logopédistes, d'un diététicien et de personnel soignant. Un assistant social ou un pédagogue curatif est intégré dans l'équipe pluridisciplinaire.	Le personnel médico-soignant doit être composé de médecins cadres, de neuropsychologues, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de masseurs médicaux, de logopédistes et de personnel soignant. Un assistant social ou un pédagogue curatif est intégré dans l'équipe pluridisciplinaire.	Le personnel médico-soignant doit être composé de médecins cadres, de psychologues, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de logopédistes (facultatifs), d'un diététicien et de personnel soignant. Un assistant social ou un pédagogue curatif est intégré dans l'équipe pluridisciplinaire.	Le personnel médico-soignant doit être composé de médecins cadres, de psychologues, de physiothérapeutes, de masseurs médicaux, d'ergothérapeutes, de logopédistes, d'un diététicien et de personnel soignant. Un assistant social ou un pédagogue curatif est intégré dans l'équipe pluridisciplinaire.
Directeur médical ou Médecin-chef	Le directeur médical doit avoir exercé pendant au moins deux ans dans le domaine de la gériatrie et doit être employé au minimum à 80%.	Le directeur médical doit avoir exercé pendant au moins deux ans dans un établissement de réadaptation musculo-squelettique et doit être employé au minimum à 80%.	Le directeur médical doit être employé au minimum à 80%.	Le directeur médical doit avoir exercé pendant au moins deux ans dans un établissement de réadaptation neurologique et doit être employé au minimum à 80%.	Le directeur médical doit être employé au minimum à 80%.	Le directeur médical doit avoir exercé pendant au moins deux ans dans un établissement de réadaptation neurologique ou réadaptation paraplégique et doit être employé au minimum à 80%.
Médecins cadres (y compris direction médicale)	Les médecins cadres disposent d'un diplôme FMH en médecine interne générale y compris formation approfondie en gériatrie ou en médecine physique et réadaptation avec formation postgrade et continue attestée en médecine interne (documentation du contenu de la formation) et formation postgrade supplémentaire en gériatrie (d'au moins trois ans).	Les médecins cadres disposent d'un diplôme FMH en médecine physique et réadaptation (au moins un médecin spécialiste) et/ou en rhumatologie et/ou en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.	Les médecins cadres disposent d'un diplôme FMH en cardiologie avec une formation supplémentaire en médecine interne d'au moins 3 ans et attestent d'une expérience en réadaptation cardiaque.	Les médecins cadres disposent d'un diplôme FMH en neurologie et/ou en neurochirurgie et/ou en médecine physique et réadaptation (au moins un médecin spécialiste).	Les médecins cadres disposent d'un diplôme FMH en pneumologie avec une formation supplémentaire en médecine interne d'au moins 3 ans et attestent d'une expérience en réadaptation pulmonaire.	Les médecins cadres disposent d'un diplôme FMH en médecine interne et/ou neurologie, orthopédie, neurochirurgie et sont qualifiés dans au moins une des disciplines suivantes : neurochirurgie, médecine interne, médecine physique et réadaptation, orthopédie, neuro-urologie ou neurologie.
Consultants (interne ou externe)	Psychiatre, Neurophysiologue, Orthopédiste, Cardiologue, Pneumologue		Psychiatre	Psychiatre	Cardiologue, Dermatologue	

Personnel médico-soignant	Le personnel médico-soignant doit être titulaire d'un diplôme d'une école reconnue par les articles 47, 48, 49 et 50a de l'OAMal. L'infirmier chef doit disposer d'une formation en management. Au moins la moitié du personnel soignant doit bénéficier d'une formation continue dans le domaine de la personne âgée. Le personnel soignant doit être disponible 365 jours par an et 24h/24.	Le personnel médico-soignant doit être titulaire d'un diplôme d'une école reconnue par les articles 47, 48, 49 et 50a de l'OAMal. Les physiothérapeutes doivent attester d'un perfectionnement en thérapie et traitement manuels avec des bases en neurophysiologie. Les ergothérapeutes doivent justifier d'une expérience dans les mesures de réadaptation professionnelle et en ergonomie. Les psychologues doivent attester de qualifications supplémentaires en psychothérapie et en ergonomie. Les psychologues doivent attester de qualifications supplémentaires en techniques de relaxation. Les infirmiers chefs disposent d'une formation continue en management. Le personnel soignant doit être disponible 365 jours par an et 24h/24.	Le personnel médico-soignant doit être titulaire d'un diplôme d'une école reconnue par les articles 47, 48, 49, 50 et 50a de l'OAMal. Les physiothérapeutes doivent attester d'une formation continue en réadaptation cardiaque GSRC. Les psychologues doivent attester de qualifications supplémentaires en psychothérapie et d'une expérience en techniques de relaxation. Les infirmiers chefs disposent d'une formation continue en management. Le personnel soignant doit être disponible 365 jours par an et 24h/24.	Le personnel médico-soignant doit être titulaire d'un diplôme d'une école reconnue par les articles 47, 48, 49, 50 de l'OAMal. Les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les logopédistes et le personnel soignant doivent attester, dans au moins 50% des cas, d'une formation continue en soins de réadaptation neurologique avec des bases en neurophysiologie. Les neuropsychologues doivent attester d'une expérience en techniques de relaxation, en diagnostic neurophysiologique et en psychologie et en psychothérapie. Les infirmiers chefs disposent d'une formation continue en management. Le personnel soignant doit être disponible 365 jours par an et 24h/24.	Le personnel médico-soignant doit être titulaire d'un diplôme d'une école reconnue par les articles 47, 48, 49, 50 et 50a de l'OAMal. Au moins un physiothérapeute doit disposer d'un certificat de capacité en réadaptation pulmonaire. Les ergothérapeutes doivent justifier d'une expérience dans les mesures de réadaptation professionnelle et en ergonomie. Les logopédistes doivent attester d'une expérience en gestion de trachéostome. Les psychologues doivent attester de qualifications supplémentaires en psychothérapie. Les infirmiers chefs disposent d'une formation continue en management. Le personnel soignant doit être disponible 365 jours par an et 24h/24.	Le personnel médico-soignant doit être titulaire d'un diplôme d'une école reconnue par les articles 47, 48, 49, 50 et 50a de l'OAMal. Les ergothérapeutes doivent justifier d'une expérience dans les mesures de réadaptation professionnelle et en ergonomie. Les psychologues doivent attester d'une expérience en diagnostic psychologique, en psychothérapie et en techniques de relaxation. Les infirmiers chefs disposent d'une formation continue en management. Le personnel soignant doit être disponible 365 jours par an et 24h/24.
Autres services	Service social	Service social	Service social	Service social	Service social	Service social
	Conseils en diététique	Conseils en diététique	Conseils en diététique	Conseils en diététique (<i>en interne ou en coopération</i>)	Conseils en diététique	Conseils en diététique
	Cuisinier/-ière en diététique	Cuisinier/-ière en diététique	Cuisinier/-ière en diététique	Cuisinier/-ière en diététique	Cuisinier/-ière en diététique	Cuisinier/-ière en diététique
	Technicien/-ne en orthopédie (<i>en interne ou en coopération</i>)	Technicien/-ne en orthopédie (<i>en interne ou en coopération</i>)		Technicien/-ne en orthopédie (<i>en interne ou en coopération</i>)		Technicien/-ne en orthopédie / Technicien/-ne spécialisé pour les fauteuils roulants
Service de garde/ piquets Interventions urgentes	Service de garde : - Le médecin de garde doit être disponible dans les 5 minutes. - En cas de nécessité médicale, un des médecins cadres doit être disponible dans les 30 minutes.	Service de garde : - Le médecin de garde doit être disponible dans les 5 minutes. - En cas de nécessité médicale, un des médecins cadres doit être disponible dans les 30 minutes.	Service de garde : - Le médecin de garde doit être disponible dans les 5 minutes. - En cas de nécessité médicale, un des médecins cadres doit être disponible dans les 30 minutes.	Service de garde : - Le médecin de garde doit être disponible dans les 5 minutes. - En cas de nécessité médicale, un des médecins cadres doit être disponible dans les 30 minutes.	Service de garde : - Le médecin de garde doit être disponible dans les 5 minutes. - En cas de nécessité médicale, un des médecins cadres doit être disponible dans les 30 minutes.	Service de garde : - Le médecin de garde doit être disponible dans les 5 minutes. - En cas de nécessité médicale, un des médecins cadres doit être disponible dans les 30 minutes.
	Service de piquet : - 7-17 heures en semaine (médecins spécialistes sur place) - 17-7 heures et les weekends (En cas de nécessité médicale, le médecin spécialiste doit être	Service de piquet : - 7-17 heures en semaine (médecins spécialistes sur place) - 17-7 heures et les weekends (En cas de nécessité médicale, le médecin spécialiste doit être	Service de piquet : - 7-17 heures en semaine (médecins spécialistes sur place) - 17-7 heures et les weekends (En cas de nécessité médicale, le médecin spécialiste doit être	Service de piquet : - 7-17 heures en semaine (médecins spécialistes sur place) - 17-7 heures et les weekends (En cas de nécessité médicale, le médecin spécialiste doit être	Service de piquet : - 7-17 heures en semaine (médecins spécialistes sur place) - 17-7 heures et les weekends (En cas de nécessité médicale, le médecin spécialiste doit être	Service de piquet : - 7-17 heures en semaine (médecins spécialistes sur place) - 17-7 heures et les weekends (En cas de nécessité médicale, le médecin spécialiste doit être

	disponible dans les 6 heures)	disponible dans les 6 heures)	disponible dans les 6 heures.)	disponible dans les 6 heures)	disponible dans les 6 heures.)	disponible dans les 6 heures.)
						Coopération avec un hôpital de soins aigus pour garantir l'accessibilité (en urgences) en neurologie, neurochirurgie, radiologie et en médecine.
	Alarme d'urgence / réanimation : - Matériel d'urgence et de réanimation dans chaque unité de soins - Formation régulière du personnel médico-soignant (minimum une fois tous les 2 ans) aux interventions urgentes	Alarme d'urgence / réanimation : - Matériel d'urgence et de réanimation dans chaque unité de soins - Formation régulière du personnel médico-soignant (minimum une fois tous les 2 ans) aux interventions urgentes	Alarme d'urgence / réanimation : - Matériel d'urgence et de réanimation dans chaque unité de soins et un pacemaker transcutané doit être disponible dans les 4 minutes. - Formation régulière du personnel médico-soignant (minimum une fois par année) aux interventions urgentes	Alarme d'urgence / réanimation : - Matériel d'urgence et de réanimation dans chaque unité de soins - Formation régulière du personnel médico-soignant (minimum une fois tous les 2 ans) aux interventions urgentes	Alarme d'urgence / réanimation : - Matériel d'urgence et de réanimation dans chaque unité de soins - Formation régulière du personnel médico-soignant (minimum une fois tous les 2 ans) aux interventions urgentes	Alarme d'urgence / réanimation : - Matériel d'urgence et de réanimation dans chaque unité de soins - Formation régulière du personnel médico-soignant (minimum une fois tous les 2 ans) aux interventions urgentes
Offres médico-techniques et diagnostics	Diagnostic médical : - Diagnostic de routine (par ex. CIF) selon le concept du traitement spécifique à la spécialité	Diagnostic médical : - Diagnostic de routine (par ex. CIF) selon le concept du traitement spécifique à la spécialité	Diagnostic médical : - Diagnostic de routine (par ex. CIF) selon le concept du traitement spécifique à la spécialité	Diagnostic médical : - Diagnostic de routine (par ex. CIF) selon le concept du traitement spécifique à la spécialité	Diagnostic médical : - Diagnostic de routine (par ex. CIF) selon le concept du traitement spécifique à la spécialité	Diagnostic médical : - Diagnostic de routine (par ex. CIF) selon le concept du traitement spécifique à la spécialité
	Laboratoires : - Laboratoire de routine et d'urgences (365 jours / 24 h/24) - Laboratoire spécialisé (en interne ou en coopération)	Laboratoires : - Laboratoire de routine et d'urgences (365 jours / 24 h/24) - Laboratoire spécialisé (par ex. gazométrie artérielle) (en interne ou en coopération)	Laboratoires : - Laboratoire de routine et d'urgences (365 jours / 24h/24) - Laboratoire spécialisé (en interne ou en coopération)	Laboratoires : - Laboratoire de routine et d'urgences (365 jours/24 h/24) - Laboratoire spécialisé (par ex. diagnostic du liquide céphalo-rachidien) (en interne ou en coopération)	Laboratoires : - Laboratoire de routine et d'urgences (en interne ou en coopération; 365 jours 24h/24) - Laboratoire spécialisé (par ex. cotinine, gazométrie artérielle) (en interne ou en coopération)	Laboratoires : - Laboratoire de routine et d'urgences (365 jours/ 24h/24) - Laboratoire spécialisé (en interne ou en coopération)
	ECG : - ECG au repos - ECG d'effort - ECG de longue durée	ECG : - ECG au repos - ECG de longue durée (en interne ou en coopération)	ECG : - ECG au repos - ECG d'effort - ECG de longue durée	ECG : - ECG au repos - ECG d'effort (en interne ou en coopération) - ECG de longue durée (en interne ou en coopération)	ECG : - ECG au repos - ECG d'effort (en interne ou en coopération) - ECG de longue durée (en interne ou en coopération)	ECG : - ECG au repos (en interne ou en coopération) - ECG d'effort (en interne ou en coopération) - ECG de longue durée (en interne ou en coopération)
	Radiologie : - Radiologie conventionnelle - CT, IRM (en interne ou en coopération)	Radiologie : - Radiologie conventionnelle (en interne ou en coopération) - CT, IRM (en interne ou en	Radiologie : - Radiologie conventionnelle (en interne ou en coopération) - CT, IRM (en interne ou en	Radiologie : - Radiologie conventionnelle (en interne ou en coopération) - CT, IRM (en interne ou en	Radiologie : - Radiologie conventionnelle (en interne ou en coopération) - CT, IRM (en interne ou en	Radiologie : - Radiologie conventionnelle - CT, IRM (en interne ou en coopération)

		<i>coopération)</i>	<i>coopération)</i>	<i>coopération)</i>	<i>coopération)</i>	
	Échographie : - Échographie conventionnelle - Échographie-Doppler Duplex à codage couleur, échocardiographie avec Doppler couleur	Échographie : - Appareil locomoteur, parties molles, abdomen, vaisseaux (<i>en interne ou en coopération)</i>)	Échographie : - Échographie conventionnelle - Échographie-Doppler Duplex à codage couleur, échocardiographie avec Doppler couleur	Échographie : - Échographie-Doppler Duplex à codage couleur, échocardiographie avec Doppler couleur (<i>en interne ou en coopération)</i>)	Échographie : - Échographie conventionnelle, échocardiographie (<i>en interne ou en coopération)</i>)	Échographie : - Échographie-Doppler Duplex à codage couleur
	Autres diagnostics fonctionnels : - Dynamomètre - Spirométrie (<i>en interne ou en coopération)</i>) - Mesure de la tension artérielle (<i>en interne ou en coopération)</i>)	Autres diagnostics fonctionnels : - Dynamomètre - Spirométrie (<i>en interne ou en coopération)</i>) - Mesure de la tension artérielle (<i>en interne ou en coopération)</i>)	Autres diagnostics fonctionnels : - Mesure de la tension artérielle - Spirométrie	Endoscopie : - Vidéofluoroscopie, pharyngolaryngoscopie (<i>en interne ou en coopération)</i>)	Endoscopie : - Bronchoscopie (<i>en interne ou en coopération)</i>)	Endoscopie : - Vidéofluoroscopie, pharyngolaryngoscopie (<i>en interne ou en coopération)</i>)
				Neurophysiologie : - (EMG, ENG, EEG, potentiels évoqués) (<i>en interne ou en coopération)</i>)	Autres diagnostics fonctionnels : - Mesure de la tension artérielle (<i>en interne ou en coopération)</i>) - Spiroergométrie - Pléthysmographie corporelle - Débitmètre de pointe - Pulsoxymétrie - Diagnostic de l'apnée - Diagnostic allergologique - Épreuve de provocation bronchique	Neurophysiologie : - (EMG, ENG, potentiels évoqués)
				Autres diagnostics fonctionnels : - Diagnostic de la dysphagie (mastication et déglutition) - Diagnostic des troubles du langage et de l'élocution - Diagnostic des prestations (incluant la neuropsychologie) - Mesure de la tension artérielle (<i>en interne ou en coopération)</i>)		Autres diagnostics fonctionnels : - Dynamomètre - Spirométrie (<i>en interne ou en coopération)</i>) - Neuro-urologie (diagnostic spécialisé (urodynamique, cystoscopie, radiographie/sonographie etc.) et thérapie interventionnelle) - Gastroentérologie (diagnostic des troubles de la voie entérale) (<i>en interne ou en coopération)</i>) - Chirurgie orthopédique (diagnostic complications osseuses) (<i>en interne ou en</i>

						coopération)
	Physiothérapie : - Physiothérapie spécifique à l'indication - Thérapie médicale d'entraînement - Thérapie du sport et par le mouvement - Terrain pour la rééducation à la marche	Physiothérapie : - Physiothérapie spécifique à l'indication - Thérapie médicale par l'entraînement (MTT) - Thérapie du sport et par le mouvement - Travail avec les prothèses (<i>en interne ou en coopération</i>)	Physiothérapie : - Physiothérapie spécifique à l'indication - Terrain pour la rééducation à la marche - Thérapie médicale par l'entraînement (MTT) - Thérapie du sport et par le mouvement	Physiothérapie : - Physiothérapie spécifique à l'indication - Thérapie médicale par l'entraînement (MTT) - Thérapie du sport et par le mouvement	Physiothérapie : - Physiothérapie spécifique à l'indication - Terrain pour la rééducation à la marche - Thérapie médicale par l'entraînement (MTT) - Thérapie du sport et par le mouvement	Physiothérapie : - Physiothérapie spécifique à l'indication - Thérapie médicale par l'entraînement (MTT) - Thérapie du sport et par le mouvement - Évaluation, préparation, adaptation et instruction des orthèses
	Ergothérapie : - Ergothérapie, thérapie d'activation et thérapie à médiation plastique et visuelle (incluant les activités de la vie quotidienne (AVQ)) - Formation et adaptation des moyens auxiliaires - Entraînement des performances cérébrales dans la vie quotidienne	Thérapie physique : - Drainage lymphatique - Thermo-, hydro- et balnéothérapie - Electrothérapie	Thérapie physique : - Electrothérapie	Thérapie physique : - Drainage lymphatique	Thérapie physique : - Thérapie respiratoire (clinique) - Electrothérapie - Hyposensibilisation	Thérapie physique : - Drainage lymphatique (<i>en interne ou en coopération</i>) - Thermo-, hydro- et balnéothérapie (<i>en interne ou en coopération</i>) - Electrothérapie (<i>en interne ou en coopération</i>)
	Thérapie de la douleur : - Traitement pluridisciplinaire de la douleur (<i>en interne ou en coopération</i>)	Ergothérapie : - Ergothérapie, thérapie d'activation et thérapie à médiation plastique et visuelle (incluant les activités de la vie quotidienne (AVQ)) - Conseil sur l'aménagement de la place de travail (ergonomie) - Formation et adaptation des moyens auxiliaires	Ergothérapie : - Ergothérapie fonctionnelle (<i>en interne ou en coopération</i>)	Ergothérapie : - Ergothérapie, thérapie d'activation et thérapie à médiation plastique et visuelle (incluant les activités de la vie quotidienne (AVQ)) - Conseil sur l'aménagement de la place de travail (ergonomie) - Formation et adaptation des moyens auxiliaires - Entraînement des performances cérébrales dans la vie quotidienne	Ergothérapie : - Ergothérapie, thérapie d'activation et thérapie à médiation plastique et visuelle (incluant les activités de la vie quotidienne (AVQ)) - Entraînement ou thérapie ergométrique - Formation et adaptation des moyens auxiliaires	Ergothérapie : - Ergothérapie, thérapie d'activation et thérapie à médiation plastique et visuelle (incluant les activités de la vie quotidienne (AVQ)) - Conseil sur l'aménagement de la place de travail (ergonomie) - Formation et adaptation des moyens auxiliaires
	Psychologie clinique : - Conseil et intervention en cas de crise - Techniques de relaxation	Thérapie de la douleur : - Traitement pluridisciplinaire de la douleur	Psychologie clinique : - Conseil et intervention en cas de crise - Techniques de relaxation	Logopédie : - Thérapie de l'élocution, de la voix et du langage - Thérapie de la sphère oro-faciale (F.O.T.T.) - Gestion des canules	Logopédie : - Thérapie de la sphère oro-faciale (F.O.T.T.) (<i>en interne ou en coopération</i>) - Gestion des canules trachéales (<i>en interne ou en</i>	Logopédie : - Thérapie de l'élocution, de la voix et du langage (<i>en interne ou en coopération</i>)

Offres thérapeutiques

			trachéales	<i>coopération</i>)	
Offre de cours en matière de santé : - Programme spécifique à l'indication en matière d'information, de motivation, de cours	Psychologie clinique : - Conseil et intervention en cas de crise - Techniques de relaxation de cours	Offre de cours en matière de santé : - Programme spécifique à l'indication en matière d'information, de motivation, de cours par ex. désaccoutumance au tabac, cours sur l'insuffisance cardiaque	Neuropsychologie : - Thérapie neuropsychologique	Offre de cours en matière de santé : - Programme spécifique à l'indication en matière d'information, de motivation, de cours (par ex. cours pour la désaccoutumance au tabac etc.)	Thérapie de la douleur : - Traitement pluridisciplinaire de la douleur Implantation d'une pompe intrathécale : - Traitement de la douleur et de la spasticité (implantation et suivi) (<i>en interne ou en coopération</i>)
Conseils sociaux : - Conseils au niveau financier, social, du logement et des assurances - Mise en relation avec des groupes d'entraide	Offre de cours en matière de santé : - Programme spécifique à l'indication en matière d'information, de motivation, de cours	Conseils sociaux et professionnels : - Conseils au niveau financier, social, du logement et des assurances - Informations sur la réinsertion professionnelle - La mise en relation avec des groupes d'entraide	Offre de cours en matière de santé : - Programme spécifique à l'indication en matière d'information, de motivation, de cours	Conseils sociaux et professionnels : - Conseils au niveau financier, social, du logement et des assurances - Thérapie occupationnelle	Psychologie clinique : - Conseil et intervention en cas de crise - Techniques de relaxation - Entraînement des performances cérébrales dans la vie quotidienne
	Conseils sociaux : - Conseils au niveau financier, social, du logement et des assurances - Thérapie occupationnelle (<i>en interne ou en coopération</i>) - Mise en relation avec des groupes d'entraide		Conseils sociaux et professionnels : - Conseils au niveau financier, social, du logement et des assurances - Informations sur la réinsertion professionnelle - La mise en relation avec des groupes d'entraide		Offre de cours en matière de santé : - Programme spécifique à l'indication en matière d'information, de motivation, de cours
					Conseils sociaux et professionnels : - Conseils au niveau financier, social, du logement et des assurances - Thérapie occupationnelle (<i>en interne ou en coopération</i>) - La mise en relation avec des groupes d'entraide

					Autres : - Gastroentérologie (traitement des troubles entériques) (<i>en interne ou en coopération</i>) - Chirurgie orthopédique (traitement des complications osseuses (articulation, colonne vertébrale)) (<i>en interne ou en coopération</i>) - Chirurgie plastique (pour le traitement chirurgical des lésions cutanées) (<i>en interne ou en coopération</i>) - Ventilation/respiration artificielle durant une longue période (thérapie respiratoire spécialisée, ventilation/respiration à domicile) - Gestion vésicale et intestinale (instruction et entraînement) - Sexothérapie (instruction et entraînement)	
Autres exigences	Coopération avec un hôpital de soins aigus disposant d'un mandat de prestations dans le domaine de la médecine gériatrique aigue				Dans les chambres : - Approvisionnement continue en oxygène assuré	Unité de surveillance : - ECG-Monitoring - Pulsoxymètre - Surveillance de la fréquence respiratoire - Oxygénothérapie
						Offre de loisirs : - Salle de détente appropriée et possibilités de pratiquer un sport

Annexe 4 Conditions à remplir pour le domaine de la psychiatrie

Selon les différents domaines, les exigences spécifiques liées à la prestation doivent être remplies. Ci-dessous, sont présentés les principaux aspects de ces exigences ainsi qu'un tableau décrivant les exigences posées pour l'ensemble des groupes de prestations.

Autres exigences

Il s'agit notamment de collaborations formelles qui doivent exister avec des partenaires externes comme un hôpital de soins aigus, des médecins spécialistes ou les services d'aide et soins à domicile.

Groupes de prestations et exigences				
Exigences		Pédopsychiatrie et psychiatrie de l'adolescent	Psychiatrie de l'adulte	Psychiatrie de l'âge avancé et psychogériatrie
Structure du personnel	Médecin psychiatre avec spécialisation dans le groupe de prestations considéré			
	Psychologue clinique (diplôme universitaire ou haute école spécialisée)			
	Infirmières et infirmiers selon l'art. 49 OAMal			
	Collaborateur/-trice du service social avec un diplôme reconnu en Suisse			
	Ergothérapeutes			
Disponibilité du personnel médical	Un médecin de garde est disponible 24 heures sur 24 pour intervenir dans les services			
	Un médecin du service est de piquet			
	Un médecin spécialiste est disponible en 60 ou 120 minutes			
	Le personnel soignant est disponible 24 heures sur 24 au sein de l'établissement			
	Il existe un service d'urgences organisé 24 heures sur 24			
	Il existe un service d'admission organisé 24 heures sur 24			
Autres exigences	Système d'accès à des consultations en soins somatiques			
	Protocoles pour chaque différente étape de traitement			
	Prestations de base en psychiatrie offerte au sein de l'établissement ou collaboration avec un établissement offrant des prestations de base en psychiatrie (uniquement pour les cliniques spécialisées)			

Collaboration avec un hôpital de soins somatiques aigus (qui a une unité de soins intensifs)			
Infrastructure et équipement pour des électro-encéphalogrammes			
Chambre de surveillance			
Service de consultation en gynécologie			
Service de consultation en pédiatrie			
Service de consultation en médecine interne et en gériatrie			
Service de consultation en neurologie			
Offres de traitement relatives aux interactions mère-enfant			
Coopération avec l'assurance invalidité (AI), l'office régional de placement (en cas de chômage), les médecins de famille et les proches			
Coopération avec les institutions d'éducation spécialisée			
Laboratoire pour dépister les stupéfiants (ou collaboration avec un laboratoire externe)			
Espace de vie (lieux communs) intérieur et extérieur protégé			
Coopération avec un service de radiologie			
Coopération avec les centres de mémoire			
Coopération avec les soins à domicile et les établissements médico-sociaux			
Appui pédagogique et prise en charge scolaire			
Coopération avec la justice et la police			
Mandats d'expertise pour les situations médico-légales			
Chambre d'enfant			
Espace de déambulation pour les personnes démentes			
Coopération avec les services de détention et de probation			

Les cellules grisées signifient que l'exigence n'est pas applicable au groupe de prestations.