ETABLISSEMENT HOSPITALIER MULTISITE 04.041

Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil
à l'appui
d'un projet de loi sur l'établissement hospitalier multisite cantonal (EHM)

(Du 15 septembre 2004)

Monsieur le président, Mesdames et Messieurs,

RESUME

Le projet de création d'un hôpital unique pour le canton fait partie du programme de législature 2002-2005 du Conseil d'État. L'objectif principal de ce projet est de mettre nos institutions dans les meilleures conditions pour faire face aux défis qui les attendent, soit notamment le changement du mode de financement des hôpitaux, les difficultés croissantes de recruter du personnel qualifié et les incertitudes sur les résultats des révisions de la LAMal.

Selon la planification sanitaire de 1999, les hôpitaux sont appelés à travailler en réseau. Or force est de constater que la multiplicité des structures juridiques représente une entrave à la collaboration. D'autre part, la séparation des rôles entre les hôpitaux et l'État n'est pas claire, ce dernier étant appelé à intervenir dans la gestion des institutions. Le système hospitalier neuchâtelois, qui a fonctionné de manière satisfaisante jusqu'à aujourd'hui, atteint actuellement les limites de son organisation.

Le Conseil d'État veut séparer clairement les rôles entre les pouvoirs publics et les fournisseurs de prestations et poser les bases d'une gestion plus entrepreneuriale des hôpitaux. La solution proposée a pour but de donner une plus grande liberté de gestion aux institutions en les sortant de la quasi tutelle de l'État, d'augmenter la responsabilité des dirigeants et leur donner les moyens de leur missions, de systématiser la collaboration entre les sites et de permettre la réalisation des prestations à un coût adéquat. D'autre part, il s'agit de s'assurer que l'efficience économique ne se fasse pas au détriment de la qualité des soins ni de l'accès aux prestations de santé. Enfin, il s'agit également de garantir une médecine hospitalière de proximité et un équilibre des régions.

Pour répondre à ce défi, le Conseil d'État propose la création d'un établissement hospitalier multisite de droit public (EHM). Il ne s'agit pas d'une étatisation du dispositif hospitalier mais d'une cantonalisation au sens où la nouvelle entité jouira d'une plus grande autonomie de gestion que les institutions actuelles. Un des atouts les plus importants du projet tient dans le fait qu'une structure juridique unique permettra de procéder sans écueil majeur au changement du mode de financement des hôpitaux.

Le projet de création d'un EHM a été dans un premier temps élaboré par les services de l'État. Suite à une large consultation organisée en été 2003, le projet a ensuite été

discuté et remanié au sein d'un groupe de travail réunissant des délégués des hôpitaux concernés. Le rapport et la loi sur l'EHM sont le résultat d'un travail commun dans lesquels les participants à ce processus se reconnaissent.

Initialement, le projet d'EHM visait les huit hôpitaux de soins physiques du canton, subventionnés par les pouvoirs publics. Lors de la dernière procédure de consultation, réalisée en été 2004, sept d'entre eux ont déclaré vouloir adhérer à l'EHM. Il s'agit des Hôpitaux Cadolles-Pourtalès, de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds, de l'Hôpital du Locle, de l'Hôpital du Val-de-Travers, de l'Hôpital de La Béroche, de l'Hôpital de Landeyeux et de La Chrysalide.

Tel que proposé, l'EHM est un établissement de droit public. Le Conseil d'administration, est composé de sept membres désignés par le Conseil d'État. Il nomme lui-même les membres de la direction générale. Le personnel est sous contrat avec l'EHM selon les conditions prévues par la CCT santé 21, mais les recrutements sont effectués sur les sites au sein des équipes de travail.

Les propriétaires actuels des hôpitaux, soit les villes et les fondations, ont la possibilité de vendre ou de louer leurs patrimoines hospitaliers à l'EHM. Les négociations entre l'EHM et les propriétaires actuels auront lieu durant l'année 2005, sous la surveillance du Conseil d'État.

Dans un premier temps, l'EHM est organisé par site sous la supervision d'une direction générale. Dans une seconde phase, il s'agit de mettre sur pied des départements médicaux cantonaux avec, pour chacun d'eux, une autorité médicale unique. Enfin, et dans un troisième temps, des Unités de gestion sont créées dont les activités sont réparties sur plusieurs sites.

Pour prendre ses décisions d'ordre stratégiques (politique hospitalière, suppression ou création de sites, attribution ou suppression de missions sur un site), le Conseil d'État s'appuie sur un Conseil des hôpitaux dans lequel sont notamment représentés des délégués des propriétaires actuels des institutions et les représentants des régions. Le rôle du Conseil de santé est revu de manière à éviter les doubles emplois.

Étant donné son statut d'institution religieuse, l'Hôpital de La Providence n'a pas désiré adhérer au projet. Ne faisant pas partie de l'EHM, La Providence n'est pas inscrite dans la loi ad hoc et ne bénéficie donc pas des protections que lui assurerait cette dernière (garantie d'existence et garantie de l'importance relative du site). L'institution conserve son statut privé et reste inscrite sur la liste des hôpitaux puisqu'elle fait partie de la planification hospitalière. Elle peut accéder à un financement public, qui sera négocié avec l'EHM dans le cadre du financement par pathologie. La Providence est donc un partenaire de l'EHM pour les missions qui lui sont attribuées par le Conseil d'État.

En cantonalisant le système hospitalier, l'État désire prendre ses distances avec le fonctionnement des hôpitaux et se concentrer sur ses missions essentielles que sont la définition des objectifs stratégiques et l'allocation des ressources. L'État reste le garant de l'accès aux soins pour la population neuchâteloise, de la qualité des soins et du financement du système de santé hospitalier. La loi sur l'EHM présente de nombreux avantages pour les sites qui accèdent notamment à une meilleure protection. Le système sera plus facile à piloter et les gains d'efficience pourront être réalisés plus simplement. La répartition des missions peut plus facilement être conduite et la rationalisation des processus permettra de dégager les ressources nécessaires au maintien de la qualité de notre système hospitalier.

L'établissement hospitalier multisite n'est donc pas un objectif mais un moyen qui doit permettre aux hôpitaux de faire face aux changements des conditions-cadres du système de santé.

1. INTRODUCTION

Le présent rapport illustre et argumente l'opportunité de réunir les hôpitaux neuchâtelois de soins physiques au sein d'une seule et unique unité de direction et de gestion permettant de répondre de manière plus appropriée aux changements que traverse notre système de santé. Il doit être mis en perspective avec les travaux précédents dont il s'inspire, notamment le rapport de planification sanitaire du 25 août 1999 et les différentes étapes de sa mise en œuvre.

Il s'agit également de tenir compte de la modification du paysage hospitalier et du contexte général du système de santé. La croissance continue des dépenses de santé et la forte augmentation des primes d'assurance-maladie exercent une très forte pression sur l'organisation du secteur stationnaire. Divers éléments additionnels viennent encore modifier les conditions du fonctionnement de nos institutions; citons notamment l'entrée en vigueur en 2002 des accords bilatéraux entre la Suisse et l'Union européenne, l'assujettissement des médecins-assistants aux conditions de la loi fédérale sur le travail dès 2005 et l'entrée en vigueur de l'ordonnance fédérale sur les dispositifs médicaux (ODim). Le premier objet permet à des médecins ressortissants des pays de l'Union européenne, travaillant actuellement dans les hôpitaux du canton, de s'installer en cabinet privé. L'application de la loi sur le travail aux médecins-assistants risque à terme d'entraîner une pénurie de ce type de personnel, suite à un engagement massif dans les hôpitaux pour compenser la réduction de leurs horaires. Enfin, l'application de l'ODim implique des investissements et des augmentations de coûts de fonctionnement pour respecter les normes de qualité et de sécurité en vigueur.

Dans ce contexte, la législation relative à l'assurance-maladie est en mutation permanente. Suite à l'échec aux chambres fédérales de la deuxième révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), une série de projets urgents a été mise en chantier par le chef du Département fédéral de l'intérieur. Force est de constater que le paysage sanitaire doit s'adapter à des changements continus.

Le système hospitalier neuchâtelois est de grande tradition, certaines institutions ayant d'ailleurs traversé plusieurs siècles. Ce système a fonctionné avec succès jusqu'à notre époque, chaque hôpital jouant son propre rôle, mais sans faire partie d'un réel réseau hospitalier. Les coûts de fonctionnement et d'investissement des institutions ont augmenté de façon telle que les hôpitaux et leurs propriétaires n'ont plus été en mesure d'en assumer les déficits. Afin de garantir les missions qui leur étaient assignées, l'Etat a alors été appelé à couvrir ces déficits qui n'ont d'ailleurs ensuite cessé d'augmenter.

Après l'entrée en vigueur de la LAMal en janvier 1996, notre système hospitalier a dû être repensé. La planification sanitaire de 1999 a dessiné les grandes lignes de cette organisation qu'il a fallu mettre en oeuvre. Les missions sont mieux définies et les institutions font actuellement partie d'un réseau de santé. Malheureusement, on constate qu'aujourd'hui déjà, cette planification sanitaire bute sur des limites. Les conditions-cadres du paysage sanitaire changent à un rythme effréné et les structures que nous avons mises en place ne sont pas à même d'anticiper ou même de suivre ce changement. Chaque modification, chaque adaptation demande des efforts démesurés et des temps de réponse trop importants. Ceci engendre des coûts et, à force de retards et de compromis, les résultats ne sont pas toujours à la hauteur des espérances.

Compte tenu de l'augmentation de la technicité des soins, des progrès scientifiques et pharmaceutiques constants, de l'élévation des exigences des patients et du vieillissement de la population, il est évident que les dépenses de santé continueront d'augmenter. Toutefois, les ressources investies dans les hôpitaux ne peuvent plus progresser selon le même taux de croissance que celui observé ces dernières décennies. Même si l'on doit dès lors parler plutôt de contrôle et de maîtrise des coûts, il faut constater que les instruments nécessaires pour y parvenir n'existent pas, ou pas encore.

Ce n'est pas le fait de réunir les hôpitaux en une entité juridique unique qui, en lui-même, apportera les économies recherchées. Il s'agit en fait de créer un outil qui permettra de conduire harmonieusement notre système hospitalier cantonal vers une meilleure efficience. Dans un système de santé dont les conditions-cadres sont en perpétuel changement, il nous faut cet outil moderne et flexible, capable de mettre en œuvre rapidement les décisions stratégiques essentielles.

Notre volonté est de préparer le paysage hospitalier cantonal aux défis à venir tout en conservant l'acquis, à savoir un système hospitalier de qualité accessible à toute la population neuchâteloise. Nous allons maintenant développer les éléments qui plaident en faveur d'une réorganisation en profondeur des hôpitaux physiques neuchâtelois et expliciter ici les principes qui permettront une gestion plus performante des établissements.

2. DÉMARCHE

Le projet de création d'un hôpital unique pour le canton fait partie du programme de législature 2002-2005 du Conseil d'Etat. Ce dernier a chargé le Département de la justice, de la santé et de la sécurité (DJSS), respectivement le service cantonal de la santé publique, d'établir un projet.

2.1. Premier rapport sur l'EHM

Un premier rapport sur l'Établissement hospitalier multisite de droit public a été rédigé au courant du premier semestre de l'année 2003. Durant les mois de mai et juin 2003, il a été présenté aux hôpitaux concernés et au Conseil de santé, puis a été soumis à l'aval du Conseil d'Etat.

2.2. Consultation

Une large consultation a été organisée durant l'été auprès des hôpitaux concernés, des partis politiques, d'associations professionnelles et de santésuisse. Ce premier rapport sur l'EHM a donc été envoyé à ces organisations qui ont été appelées à se prononcer par écrit. La liste est indiquée en annexe A.

Les prises de position sont parvenues au service cantonal de la santé publique qui les a analysées. Elles sont résumées ci-dessous.

La grande majorité des organismes qui ont répondu à la consultation déclarent entrer en matière sur le rapport présenté et sont prêts à contribuer à la réalisation du projet.

L'analyse que fait le DJSS sur la situation et l'avenir de notre système de santé est partagée ainsi que les objectifs visés (anticiper le changement, séparation claire des

tâches stratégiques et opérationnelles, davantage de marge de manœuvre aux hôpitaux, responsabilisation des dirigeants, systématiser les collaborations et économicité des prestations). Une petite minorité se demande toutefois s'il est nécessaire d'anticiper les changements législatifs fédéraux.

L'accueil réservé à la solution proposée, à savoir l'intégration de tous les hôpitaux actuels au sein d'un établissement hospitalier multisite de droit public, est globalement positif. La plupart des organismes ont néanmoins manifesté leur désir de voir certains points affinés avant de se prononcer définitivement.

2.3. Groupe de travail

Si l'accueil était globalement positif, les organisations consultées ont fait part d'un grand nombre d'interrogations et d'inquiétudes. Certaines questions méritaient d'être approfondies alors que d'autres étaient davantage dues à un manque de clarté du texte initial. Le rapport ayant été principalement rédigé au sein de l'administration cantonale, il s'agissait d'élargir le cercle de réflexion et d'intégrer plus largement les différents avis.

Il a été décidé de confier à un groupe de travail la tâche de finaliser le rapport et de créer un projet de loi. Présidé par la cheffe du DJSS, ce groupe de travail était constitué de représentants des hôpitaux, du secrétaire général du DJSS, des collaborateurs du service juridique de l'Etat et du service cantonal de la santé publique. Chaque hôpital de soins physiques a délégué son directeur général, son ou sa directeur ou directrice médical-e ainsi que son président de fondation, respectivement son ou sa Conseiller-ère communal-e en charge des hôpitaux.

Le groupe a travaillé en deux phases; la première devait permettre de mettre en évidence les sujets qu'il s'agirait d'affiner et, durant la deuxième, des commissions réduites étaient chargées d'examiner des thèmes précis. Le but étant d'obtenir un rapport final et un projet de loi dans le courant du printemps 2004.

Première phase

D'octobre 2003 à janvier 2004, le groupe de travail s'est réuni à cinq reprises pour passer en revue le rapport et le document de synthèse de la consultation. Des précisions ont pu être données et une série de thèmes ont été reconnus comme devant faire l'objet d'un approfondissement lors de la deuxième phase.

Deuxième phase

D'entente avec la majorité des membres du groupe de travail, il a été décidé de limiter la participation à la deuxième phase du projet aux seules institutions qui ne remettaient pas en cause les deux grandes options stratégiques qui représentent la colonne vertébrale du projet, à savoir:

– la création d'un établissement multisite (désengagement des actuels propriétaires des hôpitaux),

– l'engagement de l'ensemble du personnel par cette nouvelle entité (les contrats sont établis par l'EHM).

La cheffe du DJSS a demandé aux hôpitaux de signifier leur entrée en matière et d'annoncer formellement leur accord. Cela ne signifiait pas qu'ils acceptaient à priori et sans condition le projet qui sera finalement présenté au Grand Conseil, mais qu'ils étaient

d'accord sur le principe du transfert de leur activité hospitalière à la nouvelle structure et de contribuer activement à sa mise en oeuvre. On ne pouvait en effet demander à des partenaires de définir et dessiner une structure à laquelle ils ne souhaitaient pas participer.

Tous les hôpitaux concernés, à l'exception de La Providence, sont entrés en matière et ont manifesté leur soutien au projet.

La Fondation de l'Hôpital de La Providence a indiqué ne pas pouvoir accepter les conditions préalables aux discussions et a demandé à l'Etat d'assouplir ses exigences. Cette demande a été rejetée par tous les autres membres de la plénière. L'éventualité pour La Providence de bénéficier d'un statut particulier, inscrit dans la loi sur l'EHM, a été également exclue. Rien n'empêche toutefois, dans un deuxième temps et l'EHM constitué, que des débats sur les collaborations opérationnelles soient ouverts avec La Providence, sous forme de négociations de type accords bilatéraux entre la Suisse et l'Union européenne.

Des sous-groupes de travail ont été formés afin d'étudier des sujets spécifiques. Les délégués de La Providence n'y ont donc pas participé. Les thèmes étaient les suivants:

1. Le sous-groupe "Intégration de la psychiatrie" a évalué l'opportunité ou non d'une intégration des institutions psychiatriques dans l'EHM.

2. Le sous-groupe "organisationnel" a fait des propositions relatives à l'organisation à court, moyen et long terme de l'EHM.

3. Le sous-groupe "politique" s'est penché plus particulièrement sur la question de la composition du Conseil d'administration et sur l'articulation des commissions concernées (Conseil de santé et Conseil des hôpitaux).

4. Le sous-groupe "patrimoine" a été chargé d'étudier la question de la reprise par l'EHM du patrimoine hospitalier des fondations et des villes.

5. Le sous-groupe "caisses de pensions" a étudié la question de la caisse de pensions du personnel de l'EHM et de l'avenir des caisses de pensions des villes.

La question du statut juridique de l'EHM et la problématique de la TVA ont également fait l'objet d'analyses plus spécifiques, sans toutefois être réalisées au sein d'un sous-groupe de travail.

Une délégation a été chargée de rencontrer des représentants de La Providence afin de leur donner l'opportunité de rejoindre l'EHM.

L'assemblée plénière s'est réunie à trois reprises pour valider les options proposées par les sous-groupes. Les délégués de La Providence ont toutefois été invités à la plupart des réunions plénières.

2.4. Rapport final et loi sur l'EHM

Les résultats des travaux ont été intégrés dans une nouvelle version du rapport. Le groupe de travail s'est réuni une dernière fois le 8 juin 2004 pour avaliser le rapport et le projet de loi sur l'EHM.

Les deux objets ont été soumis au Conseil de santé en date du 22 juin 2004. Les membres présents ont largement soutenu le projet et ont donné un préavis positif à 12 voix sans opposition (deux abstentions). Pour l'occasion, le Conseil de santé s'est réuni

en présence de huit députés au Grand Conseil, représentant les quatre principales forces politiques, ceci afin de mieux faire le lien entre les instances techniques et politiques.

Avant de soumettre le rapport et la loi au Conseil d'Etat, les propriétaires des hôpitaux ont une nouvelle fois été appelés à donner leur accord sur le principe du transfert de leur activité hospitalière à la nouvelle structure. Tous ont confirmé leur intention d'adhérer à l'EHM excepté la Fondation de La Providence qui a indiqué sa volonté de conserver son statut actuel. Le projet de loi soumis au Conseil d'Etat, respectivement au Grand Conseil, ne concerne que les hôpitaux qui ont répondu favorablement. Le chapitre 11.3 traite plus spécifiquement du devenir de La Providence.

Finalement, une fois la loi votée, les fondations et les villes devront décider officiellement de l'intégration de leur hôpital à l'EHM.

3. CONTEXTE

La création d'un établissement hospitalier multisite de droit public doit s'inscrire dans le processus d'évolution de notre société, et plus spécifiquement de notre système de santé. Il faut pour cela la mettre en perspective avec les grandes orientations que prend le système politique national, tout en tenant compte des éléments propres au canton de Neuchâtel, notamment ceux relatifs à la planification sanitaire.

Le projet en question a été inscrit dans le programme de législature. En affirmant cette volonté, le Conseil d'Etat a voulu montrer qu'il avait pris conscience des turbulences que traversent nos hôpitaux et a indiqué la voie stratégique qu'il proposait de suivre.

Nous allons développer ci-après les éléments qui ont amené le Conseil d'Etat à proposer le regroupement des hôpitaux en une seule institution.

3.1. Planification sanitaire

Le projet de création d'un établissement cantonal de soins physiques est en quelque sorte une conséquence de la mise en œuvre de la planification sanitaire neuchâteloise du 25 août 1999.

La volonté d'alors était de construire un système de santé plus équilibré, mieux intégré, axé sur le travail en réseau et la complémentarité des institutions. Les axes forts de la planification sanitaire dans les hôpitaux de soins physiques consistaient, pour éviter les doublons, à spécialiser les hôpitaux régionaux dans les suites de traitement et la réadaptation, à conserver un hôpital de soins aigus à Couvet en raison de l'éloignement géographique de la population desservie, à spécialiser l'Hôpital de La Providence dans certains types de pathologies pour le rendre complémentaire au NHP et à répartir les missions entre les hôpitaux principaux des villes. Ces objectifs, qui ne sont pas remis en cause, ont été réalisés ou sont en cours de réalisation. La construction du NHP avance selon le rythme défini et la fermeture du site des Cadolles se fera comme prévu en 2005. Dès lors, la dernière phase de la planification (changement de l'activité de Landeyeux) pourra être réalisée.

Le présent projet s'appuie entièrement sur les principes poursuivis par la planification sanitaire. En effet, la volonté de conserver un système hospitalier multisite constitue la base du projet et la répartition des missions se poursuit dans la logique stratégique définie en 1999.

Les différentes institutions fonctionnent de plus en plus dans des conditions identiques (normes de subventionnement édictées par le DJSS, CCT des médecins-assistants et des chefs de clinique, CCT santé 21, conditions-cadres d'engagement des médecins-cadres, etc.) Par le regroupement des activités administratives au sein du CIGES, l'uniformisation des systèmes informatiques, la création de départements médicaux intégrés en cours ou à venir et le flux de patients des lits A vers les lits B, les hôpitaux sont maintenant devenus davantage complémentaires. Au niveau des collaborations, la création d'un centre médical des urgences et d'un département de chirurgie intégré (DCI) entre le NHP et l'Hôpital de La Providence représente un défi important de la mise en place du réseau. Dans les Montagnes, le rapprochement entre l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds et l'Hôpital du Locle fonctionne à satisfaction.

Plusieurs autres rapprochements ont été demandés par le Conseil d'Etat ou par la cheffe du DJSS. Toujours dans le cadre de la planification sanitaire de 1999, un département de médecine intégré entre le NHP et l'Hôpital de La Providence devrait être créé et il était également prévu qu'une association de gestion regroupe ces deux sites et devienne le Centre hospitalier NHP-P. D'autres étapes devaient encore être étudiées. Les réseaux de soins, la collaboration avec les services de soins à domicile et avec les médecins installés font partie des éléments qu'il s'agit de mettre sur pied.

Depuis, le DJSS a demandé aux hôpitaux principaux de créer des départements cantonaux d'oncologie, de radiologie et de pédiatrie pour répondre à des critères d'économicité.

Nous observons que les hôpitaux s'investissent pleinement dans la réalisation des principes stratégiques définis par le Conseil d'Etat. Mais leur indépendance juridique et organisationnelle complique et freine cette mise en réseau des institutions. Le problème qui se pose est celui du répondant juridique de ces entités supra-institutionnelles. Qui est responsable en cas de dysfonctionnements? De quel pouvoir dispose le chef d'un département cantonal, forcément employé par un des hôpitaux, pour intervenir dans l'organisation d'un autre hôpital appelé à collaborer?

Alors qu'il est aujourd'hui nécessaire d'accélérer ce processus, chaque rapprochement consomme une énergie considérable et demande beaucoup de temps.

Il nous paraît maintenant indispensable d'aller plus avant dans l'interpénétration des hôpitaux et des services, de dépasser les limites des institutions pour mettre en œuvre la suite de la planification sanitaire et créer le réseau sanitaire hospitalier neuchâtelois.

3.2. Défis à venir

L'augmentation de la technicité des soins, les progrès médicaux et pharmaceutiques permettant d'améliorer le traitement de maladies notamment chroniques, l'adaptation aux normes de qualité et de sécurité des traitements consomment chaque année davantage de ressources. En quelques décennies, nous avons passé dans les hôpitaux d'un système de soins de type hôtelier avec garde-malade à un système de haute technologie. Les structures d'organisation et de financement du paysage hospitalier n'ont pas suivi cette évolution. Malgré une planification hospitalière qui a fixé une meilleure répartition des rôles entre les institutions, nous en sommes encore essentiellement restés à une mosaïque d'établissements concentrés sur leur propre gestion. Il ne faut pas voir dans ce constat un manque de volonté de collaboration des hôpitaux. En effet, pris dans la tourmente des pressions sur les coûts, exercées par les pouvoirs publics et par les assureurs, des revendications des collaborateurs et des exigences des patients, les hôpitaux sont absorbés par la gestion du quotidien. Dans ce contexte, ils n'ont que peu de ressources et d'énergie à investir dans des questions pourtant stratégiques comme la création d'un réseau hospitalier à géométrie variable.

Le fait que les hôpitaux concentrent leur énergie sur leurs propres difficultés est compréhensible et légitime du point de vue institutionnel, mais contre-productif d'un point de vue plus général, notamment au niveau cantonal.

Les structures actuelles ne sont plus adaptées aux profondes modifications que traverse notre système de santé et surtout aux défis à venir. L'introduction de la LAMal en 1996 a déjà durablement modifié les conditions-cadres. D'autres mutations qui nous sont annoncées auront des influences sur les flux de financement, sur la répartition des pouvoirs de décision entre les différents acteurs ainsi que sur les normes de qualité et de sécurité.

Les discussions qui ont lieu dans les commissions fédérales s'orientent clairement vers une augmentation du pouvoir des assureurs-maladie et un poids plus fort de la concurrence dans le "marché" de la santé. Si ces grandes options sont introduites, l'existence même de certains établissements pourrait être remise en question, sacrifiée sur l'autel des théories économiques plus que pour des raisons financières.

Citons quelques éléments qui exercent déjà une certaine influence sur nos décisions dans le domaine et qui, à l'avenir, agiront encore davantage sur le paysage sanitaire.

3.2.1. Changement du mode de financement des hôpitaux

Le coût des hôpitaux à charge des pouvoirs publics connaît chaque année une forte croissance. Selon le fonctionnement actuel des institutions de santé, les pouvoirs publics découvrent tardivement (souvent avec une année de retard) lorsque les budgets n'ont pas été respectés. Cette situation est difficile et l'Etat et les communes ont besoin de davantage de sérénité dans l'élaboration de leur propre cycle comptable.

Depuis plusieurs années, des mesures ont été introduites pour permettre aux institutions de soins de travailler dans le cadre d'un budget global. Malgré l'engagement des hôpitaux, nous n'avons pas eu beaucoup de succès dans cette démarche.

Un système de financement a pour objectif principal d'assurer une productivité optimale (efficacité productive) et une utilisation judicieuse des ressources (efficacité allocative). D'après la théorie économique, une allocation optimale de ressources est atteinte quand les marchés fonctionnent de manière concurrentielle. Cette condition n'est pas respectée dans les hôpitaux et plus largement dans le domaine de la santé. En effet, les biais de concurrence sont ici très importants: les hôpitaux se trouvent généralement en situation de monopoles locaux, les biens ne sont pas homogènes, il existe plusieurs asymétries d'information entre le patient, le médecin, l'assureur, etc. De plus, l'intervention de l'assurance-maladie en tant que payeur des prestations rend le patient partiellement insensible aux prix.

La santé n'étant donc pas un marché concurrentiel, il s'agit de trouver un mode de fonctionnement incitatif qui prenne en compte ces difficultés. Le Conseil d'Etat a décidé d'introduire le financement dit par pathologie dans nos hôpitaux de soins physiques. Ce nouveau mode de financement des hôpitaux, cohérent avec les projets de révision de la LAMal, n'est pas propre au canton de Neuchâtel mais s'inscrit dans une démarche initiée au niveau suisse.

Le modèle de financement par pathologie correspond à créer artificiellement une concurrence organisée. Dans ce système, les institutions ne sont pas réellement en concurrence mais sont confrontées à des tarifs basés sur des coûts moyens par pathologie, fixés au niveau national, qui ne dépendent donc plus seulement de leurs propres coûts. L'hôpital est incité à réduire ses coûts s'il peut conserver le surplus

éventuel qu'il réalise. De la même manière, il subit directement les conséquences de ses pertes. Dans le modèle proposé, l'hôpital a donc intérêt à produire un effort maximal de réduction des dépenses, puisque toute diminution de coût augmente sa marge de manœuvre, sa capacité d'investissement, voire son bénéfice. Selon ce principe, les pouvoirs publics apportent leur contribution financière non plus en couvrant les déficits (abandon du système de couverture du déficit) mais en accordant des subventions aux prestations hospitalières. Nous n'échapperons pas à ce système qui se met en place au niveau national. Il répond enfin aux critères de transparence et d'économicité requis par la LAMal et, de surcroît, sera retenu par les assureurs qui veulent savoir ce qu'ils paient. Le Conseil d'Etat s'est rallié à cette nouvelle orientation qu'il juge inéluctable et a pris la décision d'introduire le financement par prestation. Celui-ci est actuellement en phase d'introduction dans notre canton.

Il s'agit en fait d'un défi très important auquel doivent faire face les hôpitaux dans un proche avenir. La suppression de la garantie de déficit et le financement à la prestation accroissent les responsabilités des dirigeants des institutions. D'autre part, en cas de déficit, ce sont les propriétaires des hôpitaux qui doivent in fine assumer les pertes financières de leurs institutions.

Il faut comprendre que le changement du mode de financement des hôpitaux neuchâtelois de soins physiques n'est pas directement lié à la création d'un établissement hospitalier multisite. Néanmoins, il s'agit d'un élément majeur justifiant la création de l'EHM. En effet, l'abandon du système de couverture du déficit place les propriétaires des hôpitaux actuels (Villes et Fondations) devant d'importants risques financiers.

Les conditions du futur régime de financement par pathologie, sont présentées en détail dans le chapitre 9.

3.2.2. Révision de la LAMal

La LAMal a introduit des barrières cantonales dans le système de santé suisse tout en chargeant les cantons d'établir une planification hospitalière et de dresser des listes d'hôpitaux admis à pratiquer à charge de la LAMal. Cette option fait aujourd'hui l'objet de sévères critiques. Les entraves à la concurrence, dont le but est de préserver le service public et l'accès aux soins, sont souvent brandies comme la raison principale d'un manque d'efficience de nos hôpitaux. Nous sommes aujourd'hui plus proche d'un système de santé planifié que régulé.

Les Chambres fédérales et leurs commissions respectives ont travaillé durant trois ans sur deux projets de révision de la LAMal (deuxième et troisième révisions partielles). Au vu des difficultés d'obtenir un paquet de modifications cohérent, et en raison des nombreuses menaces de référendum, le projet de deuxième révision de la LAMal a été mis en échec devant le Parlement à la fin de l'année 2003; ce qui a obligé le Conseil fédéral à revoir sa copie.

Le Département fédéral de l'intérieur a annoncé, en février 2004 déjà, les mesures qu'il entendait prendre dans les domaines où il lui paraît urgent d'intervenir. D'autres mesures sont prévues mais elles seront soumises au Parlement dans un deuxième temps.

Certaines des options actuellement discutées, qui touchent le mode de financement des hôpitaux, influenceront notre paysage hospitalier de manière fondamentale.

Cliniques privées et hôpitaux subventionnés

La deuxième révision de la LAMal prévoyait un nouveau système de financement des hôpitaux. Les coûts des prestations et les investissements des hôpitaux publics et privés pris en compte dans la planification cantonale devaient être assumés en parts égales par les cantons et les assureurs-maladie (financement dual-fixe). Ce changement de système, qui a pour but de favoriser la concurrence entre les différents fournisseurs de prestations hospitaliers, était susceptible de rallier une majorité dans le débat politique. Suite à l'échec de la 2ème révision LAMal, le Conseil fédéral souhaite reprendre cette proposition et mettre sur un pied d'égalité les hôpitaux privés et les hôpitaux subventionnés.

Le paysage hospitalier neuchâtelois, essentiellement constitué d'hôpitaux publics ou subventionnés, n'est actuellement que peu touché par la problématique des cliniques privées. Mais cette situation n'est défendable que si les hôpitaux subventionnés livrent des prestations concurrentielles en comparaison des établissements privés d'autres cantons.

Financement moniste des hôpitaux

Une des options discutées par les Chambres fédérales est le "financement moniste" des hôpitaux. Par ce terme, on entend que les hospitalisations à charge de l'assurance de base, actuellement payées en partie par les assureurs LAMal et en partie par les collectivités publiques, ne seraient financées que par les assurances-maladie (le financement moniste par les pouvoirs publics uniquement n'a jamais été évoqué). Cela n'entraînerait pas un désengagement financier de l'Etat car ce dernier devrait subventionner massivement les assureurs-maladie et/ou les assurés, de manière à empêcher une augmentation insupportable des primes. Par contre, en tant que seuls payeurs, les assureurs verraient leur pouvoir augmenter largement, alors que celui des collectivités se réduirait en proportion. Les assurances-maladie pourraient alors dicter leurs conditions aux hôpitaux.

Le Parlement a considéré le système moniste comme intéressant mais a jugé qu'il n'était pas encore prêt pour une décision. Il est en effet nécessaire de l'approfondir afin de l'introduire plus tard, le cas échéant.

Par contre, dans son communiqué de presse du 12 mai 2004, le Département fédéral de l'intérieur a clairement indiqué que "le Conseil fédéral s'engage à présenter dans les trois ans une proposition relative à un système de financement moniste".

Suppression de l'obligation de contracter

Cet élément figure d'ores et déjà explicitement dans le message du Conseil fédéral qui accompagne le projet de révision de la LAMal, 2ème paquet. Les discussions menées dans les commissions fédérales ont largement fait écho à la demande des assureurs de supprimer l'obligation qui leur est faite de rembourser les prestations de tous les hôpitaux admis par les cantons à pratiquer à charge de l'assurance de base. C'est la suite logique du financement dual-fixe, et surtout du financement moniste. Cela veut dire qu'à terme, les assureurs pourront exclure de rembourser les traitements dans certains établissements et en refuser l'accès à leurs assurés.

S'il n'est pas pensable que des hôpitaux principaux soient rayés des listes, la survie des établissements périphériques est menacée, ceci même si ces derniers travaillent de manière économique. En effet, les assureurs, qui ne disposent pas des données nécessaires au calcul des coûts réels des prestations, n'ont pas les moyens de

déterminer le caractère économique des hospitalisations. Dans ce contexte, la décision de refuser l'accès d'un hôpital à ses assurés risque d'être prise de manière arbitraire, la simple volonté de diminuer l'offre de prestations étant alors une raison suffisante.

Financement à la prestation

Cet aspect n'est pas lié à la révision de la LAMal mais à la mise en vigueur de l'Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP).

Dans la plupart des hôpitaux de Suisse, les accords tarifaires se basent sur un financement des prestations par journée ou par cas. Cette situation empêche la transparence des coûts et fait porter à des hospitalisations pour traitements légers, les coûts des cas plus lourds. Or, la LAMal prévoit déjà actuellement que les hôpitaux doivent être financés en fonction de leurs prestations, soit par pathologie.

Ainsi, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a décidé, avec tous les partenaires (santésuisse, SUVA, H+, FMH), de définir un système de regroupement par pathologies, applicable uniformément sur tout le territoire suisse. Ce système, qui constitue un développement des APDRG décrits au chapitre 9, devra permettre de comparer les institutions et de mettre en place un financement des prestations. Mis en chantier depuis fin 2002, le projet a officiellement débuté en mai 2004 par la création d'une Association nommée SwissDRG. Le canton de Neuchâtel est fortement impliqué dans la démarche (la cheffe de département occupe un des deux sièges attribués à la CDS et représente les cantons romands dans le comité stratégique, le chef du service cantonal de la santé publique participe au comité de projet).

Nous avons vu plus haut que l'Etat veut changer le mode de financement des hôpitaux et introduire le financement par pathologie, sans attendre les résultats de SwissDRG. Cette volonté concerne également la contribution des assureurs-maladie et s'inscrit dans un contexte général de l'évolution de la LAMal.

Selon la planification sanitaire, des missions sont attribuées aux divers hôpitaux. Ces derniers prennent en charge les patients en fonction de leur pathologie respective, toutefois les séjours sont de plus en plus réalisés à cheval entre plusieurs institutions. En effet, de nombreux traitements débutent dans des établissements aigus et doivent se terminer dans des établissements de transition ou de réadaptation. Ce type d'organisation est certainement efficace du point de vue économique mais complique singulièrement le financement par pathologie. En effet, la répartition des ressources entre les différents sites est délicate et les effets pervers risquent d'être nombreux. Les établissements aigus encaissent les forfaits alors qu'ils n'assument qu'une partie des coûts de prise en charge des patients. A l'inverse, les établissements de transition ou de réadaptation ne reçoivent aucune ressource pour financer une partie importante de leur activité. Des comportements déviants risquent alors d'apparaître, comme le renvoi prématuré des patients par les institutions aiguës (un patient hors de l'hôpital ne coûte rien et c'est l'hôpital de deuxième ligne qui en assume les frais), voire le refus des hôpitaux de transition ou de réadaptation de prendre en charge des patients en provenance d'hôpitaux principaux, préférant ainsi remplir les lits de patients plus « lucratifs ». Il s'agit de trouver un système qui permette d'éviter cet écueil.

En résumé, les réflexions menées aux Chambres fédérales et au Département fédéral de l'intérieur autour de la révision de la LAMal, s'orientent vers davantage de concurrence et moins de planification. Il est vraisemblable que l'Etat perde progressivement son rôle d'organisateur du système au profit des assureurs-maladie et de la libre concurrence. Le système de santé est un système extrêmement complexe qu'il n'est certainement pas possible d'organiser et de planifier dans son entier. Mais il ne faut pas oublier que le

marché de la santé n'est pas un marché ordinaire et que les systèmes construits uniquement sur l'équilibre entre l'offre et la demande ne fonctionnent pas dans cet environnement. Le passé nous a montré que les caisses-maladie peuvent se trouver dans des difficultés financières importantes voire faire faillite (Supra, respectivement Accorda) ou plus simplement se retirer d'un canton (Visana). En fin de compte, les pouvoirs publics devront bien évidemment prendre en charge les échecs du libre marché, les citoyens formant l'Etat étant collectivement « auto-responsables » de leur santé.

Il nous est très difficile d'influencer cette tendance mais nous pouvons anticiper ces mutations. Même s'il reste évidemment un doute sur la réalisation effective de ces projets, notamment en ce qui concerne la suppression de l'obligation de contracter pour les hôpitaux ou le financement moniste, il nous paraît néanmoins dangereux d'attendre que la modification de la LAMal nous surprenne pour commencer à organiser nos hôpitaux. Nous voulons mettre en place un système hospitalier cantonal suffisamment souple, apte à garantir la qualité des soins et le caractère économique des prestations, visant à protéger nos institutions.

3.2.3. Qualité des soins et sécurité des patients

Lorsqu'on parle d'une organisation plus centralisée des hôpitaux et des services médicaux, on pense surtout aux avantages économiques obtenus grâce aux économies d'échelle et à l'élimination de redondances. Un aspect peu évoqué, car plus difficile à cerner, est la question de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

En effet, la qualité des soins passe par une infrastructure et une technologie constamment mises à jour. Les normes issues de l'ordonnance fédérale sur les dispositifs médicaux (ODim) en sont un bon exemple: pour respecter le cadre légal fédéral, des sommes importantes doivent par exemple être investies dans la mise à jour des infrastructures et des processus de stérilisation. D'autre part, la qualification et la dotation en personnel sont également des facteurs déterminants pour garantir la qualité des soins. Il est généralement admis que les petits services qui ne peuvent traiter suffisamment de cas risquent de ne plus pouvoir maintenir un haut niveau de compétence. La réunion des services de trop petite taille est un élément important pour maintenir la compétence du personnel et donc de la qualité des soins.

A l'avenir, les ressources investies dans le système hospitalier devront davantage servir à améliorer la qualité et la sécurité des patients qu'à conserver des structures indépendantes et redondantes. Si la répartition des missions est une prérogative du Conseil d'Etat, l'application dans le terrain est de nature opérationnelle. Les services de l'Etat disposent d'informations très détaillées en ce qui concerne les données financières des institutions et ils ont à posteriori accès à toutes les informations qu'ils jugent nécessaires à leur activité de surveillance. Néanmoins, tout un pan de l'activité quotidienne, médicale notamment, leur échappe et il n'est pas de leurs attributions de s'ingérer dans la gestion opérationnelle des institutions. L'actuelle dispersion des pouvoirs décisionnels entre les différents hôpitaux est une entrave importante à la bonne marche du système et donc à la qualité des soins.

3.2.4. Attractivité de nos hôpitaux pour les médecins et les autres professionnels de la santé

Le maintien d'une activité hospitalière de qualité passe par la formation et la qualification du personnel. Or nous constatons qu'il devient de plus en plus difficile de recruter certains spécialistes à cause d'une véritable pénurie de personnel formé dans plusieurs professions: c'est le cas par exemple des infirmières en salle d'opération, des pédiatres, des psychiatres, etc.

Les conditions financières ne sont pas les seuls atouts capables de retenir ou d'attirer de bons éléments. La renommée des institutions, la diversité des pathologies prises en charge et les possibilités de formation et de recherche sont d'autres facteurs importants qui interviennent dans la décision des professionnels de se mettre au service d'un établissement.

Nous constatons que nos établissements ont, aujourd'hui déjà, des difficultés pour recruter des médecins dans certaines disciplines médicales ainsi que du personnel spécialisé (salles d'opération, stérilisation, etc.). De plus, une importante part de l'activité hospitalière repose sur les médecins-assistants et les chefs de cliniques. Nous constatons là également des difficultés croissantes à recruter ce type de personnel.

Cette situation, d'autant plus aiguë dans les hôpitaux périphériques, est à l'avenir encore appelée à se dégrader étant donné que certains milieux nous annoncent une pénurie de médecins dans de nombreuses disciplines médicales.

Les hôpitaux neuchâtelois n'ont pas la prétention de concurrencer les sites universitaires. Toutefois, nous devons conserver des hôpitaux intéressants pour le personnel formé et compétent. La dispersion des services médicaux et la taille relativement réduite de nombreuses unités rendent nos institutions peu attractives. Des départements médicaux doivent être créés et organisés au niveau cantonal. Ils pourront ainsi atteindre une taille suffisante et être reconnus par la FMH de manière à permettre un meilleur circuit de formation pour les assistants et chefs de clinique.

3.2.5. Capacité financière du canton, respectivement de la population

Le canton de Neuchâtel est contraint de mettre sur pied un système de santé adapté à ses moyens. Bien que les comparaisons soient rendues difficiles par manque de définitions uniformes et de données précises, nous pouvons constater que notre canton est, sur de nombreux points, désavantagé en regard des autres cantons.

La capacité fiscale du canton n'est pas élevée en comparaison intercantonale. En effet, le revenu moyen de la population est inférieur à la moyenne suisse et le taux d'imposition déjà élevé ne peut être encore augmenté. D'un autre côté et toujours en comparaison intercantonale, les ressources que les pouvoirs publics consacrent à la santé publique sont importantes et le niveau des primes d'assurance-maladie est élevé. La proportion de patients au bénéfice d'une assurance complémentaire est relativement faible et ne cesse de baisser dans le canton de Neuchâtel. Il en résulte que les coûts hospitaliers sont proportionnellement davantage assumés par l'assurance obligatoire des soins et les pouvoirs publics que dans les autres cantons. Une autre conséquence de ce constat est le faible nombre de cliniques privées et la modestie de leur taille.

Dans ce contexte, le potentiel du canton pour assumer l'accroissement des dépenses de santé est réduit par rapport à la plupart des autres cantons; soit que notre niveau de dépenses est plus élevé (comparativement au Valais par exemple), soit que notre potentiel de ressources financières est réduit (par rapport au canton de Genève notamment).

Nous devons parvenir à freiner et à maîtriser l'augmentation des coûts de notre système de santé, sans quoi nous atteindrons, bien avant d'autres cantons, les limites de notre capacité financière avec le risque de devoir prendre alors des mesures draconiennes et impopulaires.

3.2.6. Facteurs démographiques

L'augmentation de l'espérance de vie de la population représente un progrès important de notre société. Malheureusement, le besoin en soins augmente également avec l'âge et l'on sait que les dernières années de vie consomment beaucoup de ressources, surtout pour les personnes d'un âge avancé. De plus, la technologie médicale a progressé et il est aujourd'hui possible d'administrer à des patients ayant atteint un âge avancé, des traitements lourds qui n'étaient pas envisageables il y a quelques années (par exemple des prothèses totales de la hanche pour des patients de plus de 90 ans). Plus la population est âgée, plus les besoins en soins sont élevés.

Selon les données de l'Office fédéral de la statistique (OFS) au 31 décembre 2001, les 80 ans ou plus représentaient 4,8% de la population résidente permanente de notre canton, celle des cantons de l'Espace Mittelland était de 4,5%, alors que la moyenne suisse se montait à 4,1%. La même année, la Région lémanique obtenait un taux de 4,1%. Seuls quatre cantons (Bâle-Ville, 6,4%; Schaffhouse, 5,1%; Berne et Tessin, 4,9%) avaient une population âgée proportionnellement plus élevée, ce qui plaçait Neuchâtel au 22ème rang d'un classement selon ce facteur.

Si à l'avenir le pourcentage de personnes de plus de 80 ans augmente encore, il est intéressant de constater que les scénarii démographiques proposés par l'OFS prévoient une augmentation moins forte dans notre canton que dans le reste de la Suisse. En 2020, l'Espace Mittelland avec 5,6% de sa population de plus de 80 ans, devrait rejoindre le taux de notre canton (alors que la moyenne suisse passerait à 5,3%). En 2040, la situation serait totalement inversée par rapport au constat actuel. Toujours selon les scénarii de l'OFS, le canton de Neuchâtel, avec une proportion de 7,4% de sa population de plus de 80 ans, se placerait alors au 6e rang du classement des cantons. La moyenne suisse s'établirait à 7,7%.

Les aspects démographiques nous pénalisent actuellement en comparaison intercantonale. Mais si les scénarii se confirment, nous serons à l'avenir moins touchés que les autres cantons par l'augmentation de la proportion de la population âgée. Dans tous les cas, le nombre de personnes âgées va augmenter.

3.2.7. Conventions tarifaires avec les assureurs

La pression exercée par les assureurs-maladie lors des négociations tarifaires devient à chaque exercice plus forte. Ces derniers relèvent la cherté des séjours hospitaliers en comparaison intercantonale, le taux d'hospitalisation anormalement élevé de la population neuchâteloise et les surcapacités de nos hôpitaux. Les assureurs s'appuient sur la jurisprudence du Conseil fédéral et les préavis de la Surveillance des prix pour exiger des baisses de tarifs. Les conséquences en sont un transfert progressif des charges des assureurs vers les pouvoirs publics.

Suite à la dénonciation de la convention neuchâteloise d'hospitalisation à fin 2002, une nouvelle convention a été signée par les partenaires pour l'année 2003. Cet accord, fruit d'une discussion approfondie entre santésuisse et le DJSS, était plus favorable que les premiers calculs des assureurs basés sur le modèle de la Surveillance des prix. Les assureurs avaient alors pris en compte le fait que la mise en œuvre de la planification sanitaire n'était pas terminée et ont accepté de participer financièrement à la refonte du système hospitalier neuchâtelois. Parmi les éléments qui avaient motivé la décision de santésuisse, la volonté de créer une structure hospitalière unique avait pesé lourd dans la balance. D'un système unifié, ils attendent une amélioration du fonctionnement global du système hospitalier ainsi qu'une utilisation économique et rationnelle des ressources.

Santésuisse est revenue sur sa position. Prévu au départ pour une durée de trois ans, cette convention n'aura finalement été signée que pour l'année 2003. Confronté à la question de l'augmentation des dépenses de l'assurance obligatoire des soins, et donc des primes, santésuisse a exigé que les nouveaux tarifs soient calculés sur les bases définies par la jurisprudence du Conseil fédéral.

Un compromis a été trouvé entre les partenaires. Basé sur une comparaison des coûts avec l'hôpital de Lugano, il est apparu que les hôpitaux neuchâtelois sont plus chers de 11%. Santésuisse a accepté de se contenter d'une baisse des tarifs de 5% en considérant que les 6% restant représentent leur part à la CCT santé 21, comme convenu. Finalement, une nouvelle convention valable cette fois pour les années 2004 et 2005, a été signée entre les partenaires et ratifiée par le Conseil d'Etat. Cela se traduit par une baisse importante des tarifs pour les hôpitaux.

Si le Conseil d'Etat a reconnu le bien-fondé de ce manque à gagner, il a exigé des hôpitaux qu'ils assument eux-mêmes une partie de la perte. Ainsi, les budgets initiaux des hôpitaux pour 2004 ont été réduits de 1,3% (5 millions de francs) et une pénalité de 3,5 mio doit en plus être assumée par les hôpitaux.

Par ailleurs, les surcoûts par rapport à l'hôpital de référence devront être réduits progressivement sur plusieurs années. A terme, il s'agit d'une réduction de charges de 17 mio par an.

Sans restructuration profonde de nos établissements se basant sur une réelle mise en commun des ressources, cet objectif sera difficile à atteindre et mettra l'existence de certains établissements en danger.

Malgré l'importante baisse consentie, les assureurs-maladie considèrent les tarifs neuchâtelois encore trop élevés à terme.

4. LIMITES DU SYSTEME ACTUEL

4.1. Coût du système hospitalier neuchâtelois

Dans les comparaisons intercantonales, le système de santé neuchâtelois est considéré comme un des plus onéreux de Suisse. Les contributions par habitant consenties à la santé par les pouvoirs publics sont conséquentes et les primes d'assurance-maladie sont parmi les plus élevées du pays. Cette situation est d'autant plus défavorable que le pouvoir d'achat des citoyens du canton est peu élevé.

Les hôpitaux ont peu d'influence sur le nombre de patients qu'on leur transfère et donc sur le volume de prestations qu'ils sont appelés à livrer, si ce n'est que l'offre crée la demande.

Le vieillissement de la population, les découvertes thérapeutiques et les normes de qualité pèseront toujours davantage sur le financement du système de soins. Il est donc peu raisonnable d'avoir pour objectif de vouloir faire baisser massivement les dépenses de santé. En effet, il faudrait pour cela limiter les prestations et réduire le nombre d'acteurs économiques qui fournissent ces prestations. La population neuchâteloise et les différents acteurs du système de santé, habitués au système actuel, auraient des réactions très fortes à de telles mesures qui seraient considérées comme un véritable rationnement des soins.

S'il est impossible de réduire les coûts, il est néanmoins nécessaire d'en freiner l'augmentation et de les maîtriser. Comme les pouvoirs publics et les assureurs-maladie ne peuvent indéfiniment augmenter leur contribution financière, le système hospitalier en tant qu'important consommateur de ressources, doit se préparer à de profonds changements.

4.2. Coopération interhospitalière

Dans la planification hospitalière, il est prévu que certaines missions soient réparties entre les différents hôpitaux: les centres principaux interviennent lors de la partie aiguë des hospitalisations, alors que les établissements périphériques prennent en charge les suites de traitement ou la réadaptation de base des patients. Les surcapacités tant décriées sont en grande partie dues à une mauvaise régulation des flux de patients. Il est donc absolument nécessaire de respecter le principe d'efficience suivant: « le bon patient dans la bonne structure ». Une parfaite coopération interhospitalière est essentielle pour le bon fonctionnement du système.

Des efforts pour mettre en place le réseau ont été faits par les différents partenaires. Citons notamment le département de chirurgie intégré entre le NHP et l'Hôpital de La Providence; le projet de développement d'un département de médecine intégré entre ces deux mêmes institutions; l'étroite coopération entre l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds et l'Hôpital du Locle dans le domaine de la médecine interne.

Malgré ces exemples concrets, force est de constater que cette collaboration n'est pas entrée systématiquement dans les mœurs. Les entraves à la coopération viennent du fait que dans le système actuel, chaque établissement doit concentrer ses efforts de rationalisation en priorité sur sa propre organisation, au détriment parfois de l'ensemble du système.

Le statut juridique des établissements est également une importante entrave à la collaboration. Chaque rapprochement doit faire l'objet de conventions ou d'accords formalisés qui consomment beaucoup d'énergie. La notion d'association de gestion, introduite par le rapport de planification, n'a par exemple pas été utilisée jusqu'à présent car cela pose notamment problème sur le plan juridique.

Sans portées juridiques contraignantes, les accords actuels reposent sur la bonne volonté des parties signataires. Les rapprochements sont très dépendants de l'attitude des intervenants ou des organes de direction des institutions. Alors qu'il s'agit avant tout de relations entre les partenaires, l'Etat doit également s'investir dans les processus pour les faire progresser. Il doit même, la plupart du temps, piloter les collaborations, voire souvent les créer de toutes pièces.

Cette situation doit changer car la coopération interhospitalière, qui est une composante essentielle de l'efficience du système de santé, touche fondamentalement à des questions de gestion opérationnelle. Il n'est pas dans les missions ni dans les compétences de l'Etat, d'intervenir dans la gestion opérationnelle des établissements.

4.3. Services cantonaux

L'aboutissement ultime de la coopération interhospitalière est la création de services médicaux ou médico-techniques cantonaux. Tous les hôpitaux neuchâtelois n'ont pas une taille suffisante pour abriter certains services, soit que les patients concernés sont en nombre insuffisant, soit que les investissements à consentir sont trop lourds. La seule solution pour maintenir cette offre de prestations à des coûts acceptables est de créer et

de gérer des services de manière supra institutionnelle. Citons par exemple les domaines suivants:

– le service d'oncologie,
– le service de pédiatrie,
– le service de radiologie et d'imagerie,
– le service de stérilisation,
– la pharmacie hospitalière cantonale,
– le service d'anesthésie des hôpitaux périphériques,
– la consultation de la douleur à La Béroche,
– les soins palliatifs à La Chrysalide.

Certains rapprochements sont réalisés (notamment les services de radiologie sur deux sites uniquement, la collaboration des hôpitaux périphériques pour créer un pool d'anesthésistes) ou en cours de réalisation (le service cantonal d'oncologie, le service cantonal de pédiatrie, etc.). Nous constatons malgré tout des difficultés pour aller de l'avant plus systématiquement.

Dans l'idée d'un réseau hospitalier neuchâtelois, tel que l'a voulu la planification sanitaire, les services devraient fonctionner indépendamment d'une logique de site et servir plusieurs hôpitaux. Malheureusement, dans la situation actuelle, aucune structure opérationnelle n'a la légitimité d'organiser et de faire fonctionner une telle organisation. Tout doit être réglé, le plus souvent sous le patronage de l'Etat, par des conventions particulières dont la validité juridique est pour le moins fragile.

4.4. Relations entre l'Etat et les hôpitaux

Au niveau de la prise en charge stationnaire en soins physiques, l'Etat n'offre pas lui-même les prestations de santé. Il les acquiert auprès de fournisseurs de prestations. Ces derniers, d'essence communale ou privée, sont localisés dans le canton ou hors du canton (hospitalisations extra-cantonales).

Une des missions de l'Etat est de garantir l'accès aux soins de base à sa population. Dans le domaine hospitalier plus précisément, il doit s'assurer que les prestations livrées par les institutions sont de qualité tout en restant économiques. Il doit également garantir une proximité raisonnable de la prise en charge de ses ressortissants, l'offre devant dans la mesure du possible correspondre aux besoins.

L'expérience réalisée dans d'autres cantons montre que la meilleure manière d'organiser le système hospitalier est d'établir des contrats de prestations avec les fournisseurs de soins. Pour cela, des conditions-cadres doivent être réunies: les partenaires doivent être en nombre limité, jouir d'une liberté de décision, et assumer directement les conséquences de leur gestion.

Dans la situation actuelle, une démarche de type "mandat de prestations" ne peut être réalisée. En effet, les hôpitaux sont trop nombreux et leurs missions trop similaires. Depuis la mise en œuvre de la planification sanitaire de 1999, certains hôpitaux ont fermé des services et ont réorienté leur mission. Il subsiste toutefois beaucoup de structures juridiques avec lesquelles l'Etat devrait passer des contrats de prestations individuels. Si l'organisation actuelle est maintenue, cela aurait pour conséquence de rendre le système plus complexe encore. A ce stade, nous devons rappeler que l'ensemble du système hospitalier neuchâtelois correspond à un hôpital régional à l'étranger.

Actuellement, le DJSS a d'énormes difficultés pour faire appliquer la stratégie décidée par le Conseil d'Etat sur les questions de répartition des missions et inciter les

collaborations nécessaires au fonctionnement du système. En effet, pour y parvenir, il devrait se substituer aux organes de décision des hôpitaux concernés et intervenir directement dans la gestion opérationnelle. Dans ces conditions, il est également très difficile de mettre en œuvre le concept de mandats de prestations décrit ci-dessus. Le travail du DJSS consiste davantage à répartir les ressources entre les établissements et à effectuer secondairement un contrôle de type fiduciaire sur ces derniers.

Les organes décisionnels des hôpitaux sont tout à fait compétents mais ils se sont adaptés aux conditions-cadres définies par l'Etat. Alors qu'il serait essentiel d'organiser les hôpitaux de manière supra-institutionnelle, ces derniers raisonnent la plupart du temps de manière individuelle et orientent leurs efforts pour améliorer leur efficacité au niveau local.

Enfin, le financement par pathologie et la suppression de la couverture du déficit fragilisent les institutions qui seront encore davantage incitées à concentrer leurs efforts de rationalisation sur leur fonctionnement propre.

Dans la mesure où le réseau hospitalier est organisé au plan cantonal, les institutions n'ont actuellement pas de réelle marge de manœuvre sur le plan organisationnel. Il s'agit de créer une structure dans laquelle les hôpitaux sont pleinement investis de cette tâche. Par conséquent, leur responsabilité augmentera, notamment vis-à-vis de la gestion de leur budget.

4.5. Rôle et compétences des Conseils de fondation et des villes

Les pouvoirs décisionnels des hôpitaux, soit les Conseils de fondation et les pouvoirs exécutifs (et Conseils généraux) des villes, décident du fonctionnement et des investissements des hôpitaux. Étant donné qu'aujourd'hui les hôpitaux publics ou subventionnés de notre canton dépendent totalement des subventions octroyées par le canton, leur marge de manœuvre est restreinte. L'Etat dicte les conditions de sa contribution financière et toute décision ayant une portée financière doit au préalable recevoir l'aval de l'Etat pour pouvoir être appliquée.

Ce fonctionnement n'est pas sain car les rôles et les pouvoirs de chaque partenaire ne sont pas bien séparés. La direction opérationnelle ne doit pas être assumée par l'Etat. Lorsqu'il s'immisce dans ce domaine, toutes les décisions qu'il prend peuvent être ralenties, voire contrecarrées, par les propriétaires des établissements.

Le système actuel de la répartition des subventions par l'Etat et de la couverture du déficit n'est pas adéquat en ce sens que les propriétaires des hôpitaux n'assument que très partiellement et indirectement les conséquences de leurs décisions. Le pilotage des institutions consomme beaucoup d'énergie dans des Conseils de fondation et des commissions hospitalières dont les pouvoirs sont restreints. Les pouvoirs publics, principaux payeurs, ont des difficultés à faire appliquer leur politique et les propriétaires des établissements ont peu de liberté opérationnelle.

5. OBJECTIFS

Le Conseil d'Etat désire anticiper le changement qui se profile dans le cadre des révisions de la LAMal et préparer le système hospitalier neuchâtelois aux défis à venir. Le pilier principal de cette mutation du paysage hospitalier est la suppression de la couverture du déficit grâce au financement par prestations dans le cadre de mandats de prestations.

Bien que le but final soit la maîtrise des coûts, la question n'est pas ici de générer des économies importantes à court terme. Il s'agit de doter le canton d'un outil performant pour piloter le système hospitalier de soins physiques de manière optimale. Nous voulons mettre sur pied une structure qui permette de maîtriser l'évolution des coûts en faisant en sorte que les montants investis dans ce domaine le soient avec le maximum d'efficacité, et que la qualité de la prise en charge des patients soit optimale.

Le Conseil d'Etat veut séparer clairement les rôles entre les pouvoirs publics et les fournisseurs de prestations et poser les bases d'une gestion plus entrepreneuriale des hôpitaux.

Objectifs

La solution proposée doit être axée sur une gestion économique des institutions. Il s'agit donc:

– de donner aux institutions une plus grande liberté de gestion en les sortant de la quasi tutelle de l'Etat,

– d'augmenter la responsabilité des dirigeants et leur donner les moyens de leurs missions,

– de systématiser la collaboration entre les sites,

– de réaliser les prestations à un coût adéquat.

Conditions

L'efficience économique ne doit pas se faire au détriment:

– de la prise en charge des patients, notamment de l'accès aux soins pour la population neuchâteloise,

– de la qualité des traitements et des soins,

– du niveau de compétence des services médicaux.

Il s'agit également de garantir une médecine hospitalière de proximité et un équilibre des régions.

Pour terminer, la solution retenue doit s'inscrire dans un système flexible et évolutif, capable de s'adapter rapidement à des changements des conditions-cadres de la part du pouvoir fédéral notamment.

6. SITUATION DANS LES AUTRES CANTONS

Pour tirer parti des comparaisons intercantonales, il faut tenir compte des situations particulières de chaque canton. En effet, le canton de Neuchâtel abrite une population équivalant à une ville d'importance moyenne. Si le programme de législature prévoit la création d'un réseau urbain comprenant les trois agglomérations principales, il ne faut

pas oublier qu'une partie de la population vit dans des régions relativement éloignées et d'accès peu aisé.

De plus, il faut rappeler que le taux d'affiliation des citoyens neuchâtelois à des assurances complémentaires est relativement faible en comparaison suisse. Seules deux petites cliniques privées exercent sur notre territoire. Enfin le canton ne possède pas d'hôpital universitaire ni d'hôpital principal doté de services de niveau universitaire.

L'annexe B présente les solutions que d'autres cantons ont choisi. Nous nous sommes concentrés sur les cantons latins dont les systèmes de santé sont plus comparables au nôtre que ceux des régions germanophones. Néanmoins, nous présentons également quelques solutions envisagées dans les cantons de Suisse orientale.

D'une manière générale, les cantons latins ont rencontré des problèmes dans l'organisation de leur système de santé plus tôt que la plupart des autres cantons. L'augmentation des primes d'assurance-maladie et celle des contributions des pouvoirs publics relatives au domaine de la santé ont touché davantage les cantons romands, entraînant légitimement les premières réflexions de restructuration.

Dans ces mêmes cantons, nous observons une nette tendance à la cantonalisation des systèmes hospitaliers. Si l'on excepte le canton de Vaud (qui possède un nombre d'institutions trop élevé) et le canton de Genève (qui n'a qu'un seul hôpital public), tous les autres cantons latins ont créé ou sont impliqués dans la création d'un établissement de droit public.

En Valais et à Fribourg, la cantonalisation du système hospitalier est menée en parallèle à un projet de désenchevêtrement des tâches et du financement entre canton et communes. Si les flux de financement doivent être clarifiés, la situation n'est pas totalement comparable dans le canton de Neuchâtel puisque le financement des hôpitaux est déjà cantonalisé. En effet, les communes participent bien au financement des hôpitaux mais chacune apporte sa contribution à l'ensemble des coûts hospitaliers, alors que dans la plupart des autres cantons, ces dernières financent uniquement l'institution de leur région.

Le choix de certains cantons alémaniques de transformer le statut juridique des hôpitaux en société anonyme peut se justifier par la volonté des autorités politiques de disposer d'un modèle désormais expérimenté d'organisation de l'entreprise. De plus, dans le cadre de la collaboration intercantonale, il est possible d'envisager la participation à la propriété de plusieurs cantons. Le modèle de société anonyme s'oppose à celui d'établissement de droit public choisi par les cantons latins. Les deux solutions doivent être évaluées.

7. SOLUTION

Le système hospitalier neuchâtelois, qui a fonctionné de manière satisfaisante jusqu'à aujourd'hui, atteint actuellement les limites de son organisation. Il n'est plus à même de relever les défis auxquels il va être confronté. La multiplicité des intervenants (Etat, communes, fondations) crée une dispersion des forces; la diversité des statuts des établissements représente une entrave à la collaboration entre les sites. Cette collaboration est pourtant vitale.

Le Conseil d'Etat a indiqué dans son programme de législature qu'il visait à la réunion des différents hôpitaux. Il propose un modèle très proche de celui choisi par l'Ente ospedaliero cantonale du Tessin et s'oriente vers la création d'un établissement hospitalier multisite de droit public. Il s'agit bien d'une cantonalisation du dispositif

hospitalier et non d'une Etatisation. L'établissement doit être doté d'un maximum d'autonomie et de flexibilité afin de remplir de manière optimale les missions qui lui seront confiées.

La réunion des hôpitaux neuchâtelois en un établissement hospitalier multisite de droit public apporte une solution à la plupart des problèmes cités ci-dessus. L'atout le plus important tient dans le fait que seule une structure juridique unique permet de procéder sans écueil majeur au changement du mode de financement des hôpitaux. Notons en effet que la simple suppression du système de couverture du déficit met en péril la plupart des institutions et risque de bloquer la collaboration entre les sites. Or, cet abandon est inévitable si l'on veut, par l'introduction du financement par pathologie, obtenir une meilleure économicité des prestations et préserver l'Etat de devoir simplement couvrir les surcoûts non reconnus par les assureurs.

Pour le Conseil d'Etat, la réunion des hôpitaux neuchâtelois en un seul établissement donne les meilleures chances à notre système hospitalier afin qu'il puisse faire face aux évolutions thérapeutiques et médicotechniques, tout en garantissant une qualité des soins optimale pour les patients.

8. ETABLISSEMENT HOSPITALIER MULTISITE DE DROIT PUBLIC (EHM)

8.1. Hôpitaux concernés

Tous les établissements subventionnés reconnus d'intérêt public par la planification sanitaire qui livrent des soins somatiques hospitaliers au sens de la LAMal sont concernés par le projet. A l'inverse, les hôpitaux pour soins psychiques, à savoir l'Hôpital cantonal psychiatrique de Perreux, la Maison de santé de Préfargier et la Clinique de La Rochelle en sont exclus. Il s'agit donc en l'espèce:

1. des centres hospitaliers principaux:	Hôpital de La Chaux-de-Fonds Hôpitaux Cadolles-Pourtalès
2. des hôpitaux régionaux:	Hôpital du Val-de-Travers Hôpital du Val-de-Ruz
3. des hôpitaux de transition:	Hôpital du Locle Hôpital de La Béroche
4. de l'hôpital de soins palliatifs:	La Chrysalide

En résumé, sept institutions de taille diverse sont concernées, dont certaines exploitent également un secteur pour personnes âgées (LESPA). L'EHM ne devrait en principe réunir que la partie strictement hospitalière soumise à la loi sur l'aide aux institutions de la santé (LAIS). L'Hôpital de la Providence n'a pas souhaité faire partie de l'EHM. La Fondation pourra par contre négocier une relation de partenariat avec l'EHM.

8.2. Établissements psychiatriques et EHM

La question de l'opportunité d'inclure les hôpitaux psychiatriques dans le projet d'établissement hospitalier unique se pose.

En Suisse, plusieurs hôpitaux couvrent, au sein de la même institution, autant le volet somatique que psychiatrique.

Les avantages et les inconvénients d'une intégration ou non des institutions psychiatriques dans l'EHM peuvent être résumés comme suit:

Arguments en faveur d'une intégration des institutions psychiatriques

– Cela permettrait une approche plus globale de la médecine car les médecins seraient davantage appelés à se côtoyer.

– Les hôpitaux somatiques seraient mieux à même de prendre en charge des patients souffrant d'affections psychiques, d'autant plus que le vieillissement de la population entraînera une augmentation des pathologies psychogériatriques.

– Les expériences faites dans les hôpitaux psychiatriques pourraient profiter à l'ensemble du système, par exemple la démarche qualité de la Maison de santé de Préfargier.

– Il serait plus facile de recruter des médecins-assistants si l'EHM était en mesure de leur offrir une partie de la formation en institution psychiatrique.

– Les interfaces entre les deux types de prise en charge seraient plus faciles à mettre sur pied (lits psychiatriques dans les hôpitaux physiques, psychiatrie de liaison, antenne de Perreux au Locle). Il y a une nécessité d'un fort appui psychiatrique dans les hôpitaux physiques.

– La taille plus grande permettrait des économies d'échelle et donnerait la masse critique pour mener des projets spécifiques (qualité, recherche, etc.).

Arguments en défaveur d'une intégration des institutions psychiatriques

– Le secteur psychiatrique n'est pas constitué que d'hôpitaux. Les interfaces avec le Centre psychosocial, avec l'office médico-pédagogique et avec d'autres organismes oeuvrant dans le domaine sont nombreuses. D'autre part, les hôpitaux psychiatriques ont, en leur sein même, des unités non hospitalières (secteur LESPA avec un home et secteur AI). Une intégration de toutes ces structures dans l'EHM complexifierait sa gestion de manière disproportionnée.

– En augmentant la taille de l'EHM et en complexifiant ses missions, on prend le risque de rendre le système difficilement manœuvrable au point de vue opérationnel.

– L'efficience des hôpitaux psychiatriques est reconnue par les assureurs-maladie qui ne les ont pas pénalisés lors des dernières négociations tarifaires. Si ces institutions venaient à être réunies avec les hôpitaux somatiques dans un établissement unique, cet avantage risquerait d'être remis en question.

Il ressort des discussions que les améliorations des prestations et l'intensification de la collaboration (qualité, médecine globale, meilleure collaboration entre les professionnels, etc.) sont unanimement souhaitées par les partenaires. L'intégration des structures psychiatriques dans l'EHM pourrait les favoriser mais n'est pas une condition absolue. Le succès de cette démarche n'est par ailleurs pas garanti. Au contraire, on risque de générer une entité trop grande et trop disparate. Étant donné les défis majeurs auxquels devra déjà faire face la direction de l'établissement, cela n'est dans un premier temps pas souhaité.

D'autre part, il faut également tenir compte du projet de "redéploiement de la psychiatrie dans le canton de Neuchâtel", en cours de réalisation. L'idée est de mieux valoriser le secteur ambulatoire et de centrer notre système de santé psychique sur des filières de soins intégrées et non sur les institutions. Cela signifie à terme un transfert de ressources du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire. Cette refonte de notre système de soins psychiatrique implique également des partenaires non hospitaliers comme le Centre psychosocial, l'office médico-pédagogique, les institutions pour toxicomanes, les médecins installés et les autres professionnels du domaine. Ajouter à ce projet complexe une intégration de certaines institutions psychiatriques dans l'EHM ne paraît pas opportun. On prendrait le risque, en complexifiant la problématique, de créer des difficultés insurmontables. Nous recommandons donc de mener les deux projets (création de l'EHM et redéploiement de la psychiatrie) de manière séparée et de remettre la question de l'intégration à plus tard, lorsque les incertitudes auront été levées.

Les comparaisons avec d'autres cantons montrent que certains d'entre eux ont choisi de réunir le secteur psychiatrique et le secteur somatique (Fribourg, Jura, Valais), alors que d'autres ont conservé des secteurs séparés (Tessin par exemple). Dans tous les cas, les choix découlent davantage d'une logique historique ou géographique que d'une nécessité concrète. Nous n'avons pas trouvé d'éléments objectifs qui plaiderait pour l'une ou l'autre des solutions et qui aurait orienté différemment notre réflexion.

En conclusion, les institutions psychiatriques ne sont actuellement pas intégrées dans le projet d'EHM. Les interfaces entre l'EHM et les institutions psychiatriques (psychiatrie de liaison, antenne de Perreux au Locle, lits psychiatriques dans un hôpital somatique) devront être réglées par des contrats et des conventions. Lorsque l'EHM sera en fonction et que le secteur psychiatrique aura effectué sa mutation, l'opportunité d'une intégration dans l'EHM pourra être réévaluée.

8.3. Nature juridique de l'EHM

Comme nous l'avons démontré ci-dessus, deux structures juridiques différentes se disputent les faveurs des autorités politiques pour organiser les systèmes hospitaliers cantonaux. Il s'agit de la société anonyme qui est choisie en particulier par les cantons alémaniques et de l'établissement de droit public, plus généralement préféré en Suisse romande et italienne.

Tout d'abord, il sied de constater une évidence. Le choix entre ces deux structures juridiques dépend bien plus d'une approche philosophique et politique que d'avantages ou d'inconvénients prépondérants. Ce choix dépend en effet pour une très large part d'une culture propre aux régions concernées, la partie romande ou latine du pays étant plus sensible par tradition à la prédominance des pouvoirs publics dans le domaine de la santé, la partie alémanique quant à elle, étant plus sensible à la notion d'entreprises privées que le cadre juridique de la SA peut apporter aux institutions hospitalières.

Ce constat étant fait, il serait dès lors absurde de vouloir démontrer que l'une des structures l'emporte en tout ou partie sur l'autre. Toutes deux présentent des avantages et des inconvénients mais aucune des deux ne peut prétendre objectivement apporter la solution idéale aux problèmes posés par la structure des hôpitaux du canton.

Seules en définitive les sensibilités politiques et sociales particulières à notre canton permettent de comprendre ou d'expliquer le choix que le Conseil d'Etat a fait en optant pour l'établissement de droit public doté de la personnalité juridique comme nouvelle structure juridique des hôpitaux.

Bien entendu, ce choix est étayé par des considérants objectifs qui peuvent se résumer comme suit.

En optant pour l'établissement de droit public, le Conseil d'Etat a voulu affirmer haut et fort la prédominance de la politique sur l'économie en matière hospitalière. L'établissement de droit public est créé par une loi qui lui donne sa légitimité démocratique. Ses structures fondamentales ne peuvent être modifiées que par le processus de modification législative ordinaire permettant ainsi son évolution harmonieuse sous contrôle parlementaire. La loi ne doit dès lors pas contenir autre chose que les intentions politiques, les buts généraux et l'ossature de l'organisation afin de ne pas desservir ou contrecarrer l'activité opérationnelle qui doit pouvoir s'adapter avec souplesse aux situations particulièrement mouvantes qu'elle va rencontrer.

L'exigence d'une base légale spéciale pour créer un établissement de droit public prévoyant notamment l'intervention du législateur pour en modifier le contenu peut sembler un inconvénient majeur alourdissant la structure et ne la rendant pas apte aux changements, faute de souplesse. A l'opposé, la société anonyme apparaît comme moins rigide puisque l'assemblée générale à elle seule est habilitée à modifier sa structure par une révision de ses statuts.

En l'espèce, l'apparente facilité d'adaptation qu'offre la société anonyme se heurte à une approche politique nuancée qui se veut respectueuse des prérogatives du pouvoir législatif, approche qui ne peut s'exercer qu'à travers l'établissement de droit public. Il s'agit-là d'un choix politique fait par le Conseil d'Etat.

L'article 620, alinéa 3 du code des obligations suisse, introduit en 1992 seulement, prévoit que la société anonyme puisse être fondée en vue de poursuivre un but qui n'est pas de nature économique. On peut bien entendu partir du principe que l'exploitation des hôpitaux du canton par l'introduction d'une structure unique poursuit un but qui n'est pas de nature économique mais idéaliste. On pourrait donc alors opter pour la société anonyme. Rien ne s'y oppose, il est vrai, mais l'établissement de droit public le permet également sans aucune différence. Il faut toutefois rappeler que la société anonyme est par essence même et prioritairement une société de capitaux et non de personnes. Elle a été conçue pour exploiter une entreprise commerciale ou industrielle en ayant pour objectif principal de générer des bénéfices financiers pour les redistribuer à ses actionnaires. Nous ne pensons pas qu'une telle structure soit véritablement adaptée à nos besoins en matière hospitalière.

Pour autant que la loi fondant l'établissement public soit rigoureuse dans la répartition des compétences entre les organes qu'elle institue, une telle loi est aussi efficace, sous l'angle normatif, que peuvent l'être les règles du code des obligations en matière de société anonyme. Nous ne voyons pas vraiment ce qui pourrait nous amener à considérer qu'il existe une hiérarchie des normes juridiques, de laquelle il résulterait que les normes propres à la société anonyme sont par essence meilleures et plus efficaces que celles que nous proposons et qui sont contenues dans le projet de loi créant l'établissement de droit public. Nous croyons même pouvoir dire que les auteurs de la nouvelle loi se sont d'ailleurs inspirés de la structure de la société anonyme pour concevoir un établissement de droit public souple, efficace et fonctionnel. L'exemple de la Banque cantonale neuchâteloise prouve, si besoin est, qu'une entreprise peut être parfaitement gérée en étant un établissement de droit public. D'autres banques cantonales, précisément converties en société anonyme, ne peuvent en dire autant.

Une société anonyme doit avoir un capital actions. Sachant que les biens immobiliers et mobiliers qui sont actuellement en main des propriétaires des établissements hospitaliers représentent plusieurs centaines de millions de francs, quel devrait être le montant du capital de la société anonyme que nous devrions créer pour que ce capital joue effectivement et de manière crédible son rôle de garant envers les actionnaires et les

créanciers sociaux? Nous pensons qu'il s'agirait d'un montant de plusieurs millions qui serait ainsi immobilisé sans véritable besoin. L'établissement de droit public, par contre, n'implique aucune obligation de capitalisation initiale. Cela représente un avantage important compte tenu des difficultés actuelles qui sont les nôtres.

Pour que le caractère d'intérêt public des hôpitaux soit sauvegardé, en cas de fondation d'une société anonyme, l'Etat devrait conserver au minimum deux tiers du capital de la société. Une telle obligation viderait de son sens la société anonyme qui se veut fondamentalement flexible. En fait, dans la quasi totalité des cas connus dans les autres cantons, l'Etat est seul actionnaire de la société anonyme qu'il a fondée. Cette situation rend impossible le jeu normal du pouvoir entre l'Assemblée générale et le Conseil d'administration. Tel serait le cas s'il fallait fonder une société anonyme dont l'Etat serait seul actionnaire. Autant dès lors ne pas constituer une société anonyme dont l'Assemblée générale ne serait composée que d'un seul actionnaire et fonder un établissement de droit public sur mesure, parfaitement adapté aux besoins.

Enfin, il est important de souligner que l'établissement de droit public peut demander la garantie de l'Etat pour ses engagements financiers. En effet, au vu des directives internes des instituts bancaires en matière d'octroi de crédits, il est pratiquement certain que le cautionnement de l'Etat sera exigé sur l'ensemble des limites bancaires octroyées à l'EHM, qu'elles soient destinées au financement du fonds de roulement, des équipements ou des biens immobiliers. Toutefois, cette garantie supplémentaire fournie aux bailleurs de fonds permettra en contrepartie de négocier des taux d'intérêts préférentiels, aspect non négligeable au vu des montants en jeu.

Dans la société anonyme, les actionnaires ne peuvent être tenus qu'à la libération intégrale ou partielle des actions qu'ils ont souscrites. Cette impossibilité d'engager l'actionnaire dans la garantie des engagements financiers pris par la société anonyme entraîne souvent une perturbation dans le fonctionnement même de la société anonyme. C'est ainsi que l'actionnaire d'une société anonyme est très souvent obligé de garantir à titre personnel, par un cautionnement par exemple, les engagements de la société anonyme sous peine de se voir refuser l'accès au crédit. En l'espèce, cela reviendrait à exiger de l'Etat qu'il se porte garant des engagements de la société anonyme alors qu'en tant qu'actionnaire il ne devrait être responsable que du paiement des actions qu'il a souscrites. Il y a là matière à disfonctionnement qui porte atteinte à l'autonomie de la société anonyme. Et que dire de l'égalité de traitement entre actionnaires s'il doit y avoir des actionnaires minoritaires qui ne pourraient, quant à eux, offrir une telle garantie. Il nous a paru dès lors plus adapté de fonder un établissement de droit public semble plus adaptée pour régler aussi ce type de problématique.

La société anonyme pourrait permettre la privatisation totale du système hospitalier. Cela n'apporterait pas d'avantage particulier mais générerait par son contexte de monopole une situation hors de tout contrôle. Rappelons que les lois du marché ne peuvent réguler à elles seules le domaine des soins hospitaliers. Les pouvoirs publics sont un financeur très important du système et surtout assument in fine la sécurité financière du système. Il est donc légitime que la propriété du capital soit dans les mains de l'Etat par l'intermédiaire d'un établissement de droit public.

Dans l'idée d'une institution non orientée vers le profit et fortement subventionnée, l'établissement de droit public est la meilleure solution. Ce statut juridique doit s'accompagner de mesures structurelles et fonctionnelles qui favorisent des modes d'organisation et de gestion clairs et flexibles. L'établissement de droit public, à l'instar de la Banque cantonale neuchâteloise, est indépendant au niveau de la gestion mais reste affecté au service de la population neuchâteloise.

Le patrimoine n'appartient pas à l'Etat mais à l'établissement de droit public. Ce dernier décide des investissements à effectuer et emprunte sur le marché des capitaux. Tout au

plus, l'Etat peut-il garantir les emprunts de manière à faire bénéficier l'EHM de conditions préférentielles au niveau des taux d'intérêts. Par contre, les investissements exceptionnellement importants comme ceux nécessaires à la rénovation totale d'un hôpital principal, ou ceux indispensables à la construction d'un nouveau site, devront bien évidemment recevoir l'accord du Conseil d'Etat et, cas échéant, celui du Grand Conseil.

8.4. Rôle de l'Etat

L'Etat est garant de l'accès aux soins pour la population neuchâteloise, de la qualité des soins et du financement du système de santé hospitalier.

L'Etat fixe ses objectifs en la matière par le biais de mandats de prestations conclus avec l'EHM.

Il est évident que le domaine de la santé est une tâche éminemment stratégique, qui doit rester dans les mains des pouvoirs politiques démocratiquement élus. L'Etat doit donc maintenir son rôle politique premier. Si les techniciens doivent bénéficier d'une grande marge de manœuvre, il n'est pas question de leur abandonner entièrement ce domaine et de les laisser décider quel sera le système de santé hospitalier neuchâtelois. Comme décrit plus loin, l'Etat reste porteur des grands projets et demeure le garant du fonctionnement du système hospitalier. Le Conseil d'Etat est politiquement responsable des actions décidées par l'EHM et des conséquences de ces actions sur la population et sur les régions. Toutefois, l'établissement dispose de davantage de marge de manœuvre par rapport à la situation que les hôpitaux connaissent aujourd'hui. Il est chargé de mener à bien les missions que l'Etat lui a confiées dans les conditions-cadres qui lui sont dictées.

Le rôle de l'Etat et du service cantonal de la santé publique est destiné à évoluer au vu du nouveau système hospitalier. D'une activité principale que l'on pourrait assimiler à un contrôle de gestion, il s'agit de remplir dorénavant des missions moins dirigistes mais aussi à plus grande valeur ajoutée.

L'Etat est appelé à définir précisément quel système hospitalier il veut mettre en place dans le canton et quels moyens il désire y consacrer.

Avec la création de l'EHM, le service cantonal de la santé publique est déchargé d'une grande partie de ses tâches de surveillance opérationnelle de la gestion des hôpitaux. Il doit toutefois en assumer de nouvelles. D'une part, il a pour mission de préparer et négocier les mandats de prestations ainsi que le cadre budgétaire de l'EHM à l'intention du Conseil d'Etat, selon le régime de financement développé ultérieurement. D'autre part, il doit surveiller l'activité de l'EHM et en mesurer les résultats au sein de la population (qualité des soins, accessibilité, etc.)

8.4.1. Le Grand Conseil

Le Grand Conseil vote le budget et accepte les comptes de l'Etat dans lesquels sont reportés les montants dévolus aux activités hospitalières. Comme les sites figurent nommément dans la loi sur l'EHM, c'est le Grand Conseil qui, le cas échéant, se prononce sur le maintien ou la suppression d'un site. Le Grand Conseil est informé des options stratégiques prises par l'EHM ainsi que sur la réalisation des objectifs déterminés dans le cadre des mandats de prestations, au travers du rapport quadriennal sur la planification sanitaire présenté par le Conseil d'Etat

8.4.2. Le Conseil d'Etat

Le Conseil d'Etat nomme les membres du Conseil d'administration. Il définit les missions des divers établissements, spécifie les mandats de prestations ainsi que le mode de financement. Après négociation avec l'EHM, il fixe et assure le montant annuel de sa contribution.

Le Conseil d'Etat exerce la haute surveillance sur l'EHM. Dans le cadre de son rapport annuel, le Département de la Justice, de la Santé et de la Sécurité établit un bilan de l'activité de l'EHM et des résultats obtenus.

Pour prendre ses décisions, le Conseil d'Etat s'appuie sur les propositions et les analyses de l'EHM, ainsi que sur celles du service cantonal de la santé publique. Il tient compte des préavis du Conseil des hôpitaux.

8.4.3. Le Conseil des hôpitaux

Le Conseil des hôpitaux est l'organe de consultation du Conseil d'Etat pour toutes les questions stratégiques concernant l'EHM. Les membres, au nombre de 15, sont nommés par le Conseil d'Etat. Ils choisissent leur président-e et délibèrent de manière indépendante. Le service cantonal de la santé publique assure l'appui logistique du fonctionnement du Conseil des hôpitaux mais n'intervient pas dans l'organisation et la conduite des séances.

Les décisions du Conseil d'Etat touchant les domaines suivants doivent dès lors être préalablement soumises au Conseil des hôpitaux pour préavis, rendu à la majorité des membres présents:

a) politique hospitalière;
b) suppression ou création de sites hospitaliers;
c) attribution ou suppression de missions sur un site.

Pour qu'il puisse assumer pleinement son rôle, le Conseil des hôpitaux est informé de la marche des affaires courantes de l'EHM et se réunit de manière régulière.

Dans ses décisions, le Conseil d'Etat fait mention de l'avis du Conseil des hôpitaux. S'il s'en écarte, il doit s'en expliquer.

Afin d'assurer la meilleure représentativité possible, le Conseil des hôpitaux est composé de délégués des actuels propriétaires des hôpitaux (sites), des régions, des professions hospitalières, des assureurs-maladie et d'élus politiques. Sur ce dernier point, il est à relever que le Conseil des hôpitaux représente le lien politique entre l'EHM et le Conseil d'Etat. Le ou la Conseiller-ère d'Etat du département en charge du dossier santé, le ou la Président-e du Conseil d'administration, le Directeur ou la Directrice général-e de l'EHM ainsi que le ou la chef-fe du service cantonal de la santé publique assistent aux réunions avec voix consultative.

8.4.4. Le Conseil de santé

Au vu de la constitution du Conseil des hôpitaux et du rôle qui lui est attribué dans le cadre des choix stratégiques relatifs à l'EHM, il est opportun de redéfinir le mandat actuel du Conseil de santé et d'établir l'interaction entre le fonctionnement de ces deux instances.

Le Conseil de santé constitue l'organe consultatif du Conseil d'Etat en matière de politique et de planification du système de santé. Il préavise les projets de rapports de lois et de règlements. Il propose au Conseil d'Etat des actions et des réalisations pour améliorer la prise en charge sanitaire de la population. Par ailleurs, il chapeaute les commissions spéciales, leur assigne des mandats et supervise leur travail. Son activité vise actuellement l'ensemble du système sanitaire cantonal.

Avec la création de l'EHM, il est prévu de transmettre la compétence consultative en matière de politique hospitalière des soins physiques du Conseil de santé au Conseil des hôpitaux. Dans ce sens, la commission d'hospitalisation, organe permanent du Conseil de santé, voit la plus grande partie de ses domaines de compétence retirée. Elle peut donc être dissoute.

Le Conseil de santé ainsi que ses autres commissions permanentes doivent être maintenus du fait que le système de santé ne se limite pas au seul secteur hospitalier. Le Conseil de santé continue donc à donner son préavis au Conseil d'Etat, notamment en matière de prévention, d'aide et de soins à domicile, de gériatrie ainsi que de psychiatrie.

L'existence du Conseil des hôpitaux est spécifiée dans la loi de santé. Afin d'éviter des doublons, les domaines de compétences respectifs du Conseil de santé et ceux du Conseil des hôpitaux sont précisés dans la loi.

8.5. Organisation de l'EHM

L'établissement hospitalier multisite de droit public doit avoir une autonomie de décision et de gestion qui lui permette de réaliser les mandats qui lui sont confiés. Dans ce sens, il lui appartient in fine d'organiser lui-même ses structures sur la base des principes proposés par le présent rapport.

Son activité se déploie sur les sites inscrits dans la loi sur l'EHM. Les missions des différents sites sont définies par le Conseil d'Etat de par les compétences qui lui sont octroyées par la loi de santé de 1995.

Le Conseil d'administration doit avoir une importante marge de manœuvre décisionnelle pour mettre en œuvre sa stratégie. Seules les grandes lignes de l'architecture de l'EHM doivent être inscrites dans la loi. Le présent rapport expose la structure que pourrait revêtir l'EHM. La phase de consultation a montré le besoin de mieux définir le contour de cette structure. Un groupe de travail spécifique, réunissant des directeurs, des médecins et des infirmiers, sous la présidence du chef du service cantonal de la santé publique, a donc élaboré cette partie du projet qui a par la suite été validée par la commission plénière décrite au chapitre 2.3.

Les compétences stratégiques sont centralisées alors que les compétences opérationnelles sont décentralisées. L'axe principal du projet de création d'un établissement hospitalier multisite est de quitter la logique d'organisation par site pour entrer dans une organisation médicale transversale. Toutefois, la transition ne peut se faire trop rapidement au risque de bloquer l'activité des sites. Dès lors, tout en garantissant le bon fonctionnement des institutions, ce processus de passage d'une organisation verticale vers des services transversaux doit être accompagné par l'introduction d'une nouvelle culture d'entreprise (adaptabilité aux changements, participation à la création de la nouvelle structure). Il est ainsi proposé de conduire la mise en place de l'EHM en trois phases:

Première phase

Elle fait immédiatement suite à la création juridique de l'EHM. Les hôpitaux restent organisés par site avec une direction locale dotée de compétences proches de celles qu'elles assument actuellement (voir l'organigramme n° 1 de l'annexe C). Le Conseil d'administration et la Direction générale (et les unités fonctionnelles) doivent se mettre en place. Il est souhaitable que les postes au sein des instances dirigeantes de l'EHM soient repourvus parmi les cadres actuels des hôpitaux. Ces collaborateurs conservent en parallèle leurs fonctions au sein des sites. Cette option a l'avantage de conduire le changement avec les mêmes acteurs et d'offrir ainsi des bases solides pour un démarrage optimal de la nouvelle entité, tout en évitant doublons et oppositions.

Deuxième phase

L'organisation transversale se met en place sous l'égide de la Direction médicale (voir l'organigramme n° 2 de l'annexe C). Des services et des départements médicaux cantonaux sont créés. Un inter-collège des médecins est mis sur pied à l'appui de la Direction médicale.

Troisième phase

Des unités de gestion sont créées et regroupent des départements médicaux (voir l'organigramme N° 3 de l'annexe C). Ces unités doivent assumer une grande partie des responsabilités de gestion, alors que le pouvoir des sites décroît en proportion.

Le Conseil d'administration est chargé de faire évoluer l'EHM au travers de ces trois phases selon un calendrier qu'il définit. Pour chacune de ses étapes, le Conseil d'administration doit également établir un diagramme des compétences décisionnelles pour tous les cadres.

8.5.1. Politique du personnel

L'ensemble du personnel, médecins, cadres compris, est sous contrat de travail avec l'EHM. Les directeurs de sites, les médecins-cadres ainsi que les infirmiers- ères-cadres sont engagés par la Direction générale alors que les autres collaborateurs-trices sont recrutés par les sites directement. Pour la grande majorité du personnel, l'activité professionnelle ne va pas changer sous la nouvelle organisation. Toutefois, l'uniformisation des conditions contractuelles permettra de simplifier notamment les processus de mobilité interne et de formation continue.

Les contrats de travail du personnel sont repris par l'EHM conformément à l'article 33 du code des obligations. Le statut du personnel est régi par la CCT Santé 21, la CCT des médecins-assistants et chefs de clinique, la loi sur le travail, respectivement les règles générales du code des obligations. Les médecins-cadres et les médecins externes sont soumis aux conditions-cadres d'engagement actuellement en voie d'élaboration.

8.5.2. Caisses de pensions

Actuellement le personnel hospitalier est affilié aux caisses de pensions suivantes:

Hôpitaux de la ville de Neuchâtel	Caisse de pensions de la ville de Neuchâtel
Hôpital de La Chaux-de-Fonds	Caisse de pensions de la ville de La Chaux-de-Fonds
Hôpital du Locle Hôpital de soins palliatifs La Chrysalide	Caisse de pensions de l'Etat
Hôpital du Val-de-Travers Hôpital du Val-de-Ruz	CCAP
Hôpital de La Béroche	Winterthur Columna

Les caisses privées qui assurent moins du quart du personnel des hôpitaux concernés offrent un système de capitalisation en primauté des cotisations. Les caisses publiques offrent quant à elles un système mixte (capitalisation partielle) en primauté des prestations. Dans ces dernières, le degré de couverture varie d'un établissement à l'autre.

La création de l'EHM signifie l'engagement de tout le personnel des hôpitaux par le nouvel établissement. Il est donc logique de vouloir offrir à tous des conditions identiques de prévoyance professionnelle.

La question est d'analyser les enjeux, notamment les questions de financement des départs, ainsi que le financement de l'indexation des rentes des pensionnés. Il s'agit également d'évaluer les conséquences d'un tel projet pour les caisses de pensions des villes dont l'effectif hospitalier est proportionnellement important et dont le degré de couverture est partiel.

Une étude a été confiée à l'entreprise Hewitt Associated SA, spécialiste des problématiques des caisses de pensions et consultante pour les caisses des deux villes concernées et pour celle de l'Etat.

Les conclusions du rapport Hewitt sont les suivantes:

– l'EHM doit viser une harmonisation (uniformisation) des conditions d'assurance afin de pouvoir adopter réellement un traitement identique pour l'ensemble de son personnel;

– la création d'une nouvelle caisse (fondation) administrée par un Conseil de fondation va dans le sens d'une plus grande autonomie de l'EHM, toutefois il peut également s'agir de la Caisse de pensions de l'Etat;

– la Caisse de pensions de l'EHM doit reprendre à une date donnée l'effectif hospitalier des caisses (cotisants et pensionnés);

– cette sortie d'effectif s'apparente à une liquidation partielle pour les caisses concernées dans le cadre de laquelle tout ou partie du découvert technique devrait être compensé;

– le plan de prévoyance doit être défini dans le détail;

– le transfert doit s'effectuer au taux de couverture de la nouvelle caisse;

– l'existence et la viabilité des caisses de villes n'est pas mise en cause par le départ d'une fraction importante de leurs affiliés.

Dans l'immédiat, l'étude montre que la question des caisses de pensions n'est pas rédhibitoire et ne met pas en péril le projet d'EHM. Si les effectifs concernés sont transférés en une fois (liquidation partielle), les caisses délestées ne sont pas mises en péril.

Nous retenons que tout le personnel doit être affilié à une caisse de pensions unique. De nombreuses questions restent toutefois en suspens et un important travail doit être accompli. Il s'agit notamment de déterminer dans le détail le plan de prévoyance de la nouvelle solution avant d'y intégrer le personnel. La question du devenir des gains ou des pertes techniques lors du transfert des assurés vers une caisse avec un degré de couverture différent doit être tout particulièrement étudiée.

Le plan de prévoyance est un élément de management qui doit servir la politique du personnel de l'EHM. Les partenaires sociaux doivent être intégrés à la définition de ce plan de prévoyance qui doit garantir des conditions identiques à celles actuelles.

Si les discussions se déroulent principalement entre les dirigeants de l'EHM et les syndicats, l'Etat reste impliqué car ce processus doit également être mis en perspective avec la convention collective de travail CCT santé 21. En effet, la problématique des caisses de pensions concerne également à terme les autres institutions de santé.

8.5.3. Le Conseil d'administration

Le Conseil d'administration joue un rôle clé dans l'EHM. En effet, c'est lui qui détient le vrai pouvoir opérationnel et qui applique les décisions stratégiques définies par le Conseil d'Etat.

Afin d'assurer des processus de gestion et de décision efficaces, le Conseil d'administration de l'EHM est composé de sept membres. Le Conseil d'Etat nomme les membres, le ou la président-e ainsi que le ou la vice-président-e.

Le fonctionnement des hôpitaux étant parmi les domaines les plus complexes, il s'agit de privilégier les compétences propres des personnalités choisies avant toute autre considération, notamment politique. Les membres du Conseil d'administration doivent fonctionner de manière à pouvoir remplir les objectifs fixés par le Conseil d'Etat en subissant le minimum d'influence extérieure.

Toutefois, au vu de l'importance régionale que représente l'activité hospitalière des deux centres principaux, tant au niveau économique que politique, deux sièges sont proposés à des représentants des villes de La Chaux-de-Fonds et de Neuchâtel durant la phase de mise en place et de démarrage de l'EHM.

Le Conseil d'administration répond du bon fonctionnement de l'établissement. Il décide de la stratégie et de la politique de l'EHM dans le cadre fixé par le Conseil d'Etat, il négocie avec l'Etat les mandats de prestations, contracte les emprunts, assure la santé financière de l'établissement et publie le rapport annuel de gestion. Il définit la politique du personnel selon les normes en vigueur précédemment mentionnées.

La santé, et plus particulièrement le monde hospitalier, reste un sujet hautement politique. Un hôpital public ou subventionné ne peut pas être géré de la même manière qu'une clinique privée et les membres du Conseil d'administration doivent également faire preuve d'une bonne sensibilité politique. Sans cela l'EHM pourrait prendre des options techniquement valables mais impossibles à porter politiquement avec le risque de créer

des relations tendues entre l'Etat, la population et l'établissement. Il est dès lors essentiel que les personnalités appelées à assumer la fonction de membre du Conseil d'administration possèdent des qualités particulières:

– connaissances approfondies du domaine hospitalier et du système neuchâtelois en particulier;

– vision stratégique de la santé publique;

– capacités de management, efficacité et compétences décisionnelles;

– vision cantonale voire supra-cantonale;

– sensibilité politique.

Le Conseil d'administration nomme les membres de la Direction générale et l'organe de contrôle.

8.5.4. La Direction générale

La Direction générale est constituée d'un-e directeur-directrice général-e, d'un-e directeur-directrice médical-e, d'un-e directeur-directrice des soins infirmiers, d'un-e directeur-directrice des finances, d'un-e directeur-directrice des ressources humaines, et d'un-e directeur-directrice de l'exploitation-logistique.

Les membres de la Direction générale sont nommés par le Conseil d'administration. Pour rendre ses décisions, la Direction générale s'appuie sur des organes consultatifs, existants ou à créer, formés de personnes compétentes qui s'articulent autours des directions de sites et des responsables médicaux et infirmiers.

Le directeur général a autorité sur les autres membres de la Direction générale.

La Direction générale se charge de la gestion opérationnelle de l'EHM, de l'implémentation des stratégies décidées par le Conseil d'administration ainsi que de la cohérence des structures et des synergies au sein de l'entité. La Direction générale est responsable vis-à-vis du Conseil d'administration.

8.5.5. Les unités fonctionnelles

Les missions de chaque unité fonctionnelle sont décrites ci-après en termes généraux. Le Conseil d'administration conserve toute latitude pour en expliciter et modifier les différentes attributions et responsabilités, ainsi que pour subordonner un service à l'une ou l'autre unité fonctionnelle.

Les activités des unités fonctionnelles doivent être conduites dans le respect des principes d'économicité, d'efficacité et d'adéquation ainsi que du budget octroyé.

Direction médicale

Pour garantir la qualité de la prise en charge des patients, la Direction médicale et la Direction des soins infirmiers sont appelées à fonctionner en tandem.

La Direction médicale de l'EHM s'appuie sur un inter-collège (organe consultatif) composé dans un premier temps par le responsable médical de chaque site pour réunir,

à terme, les médecins chefs des départements médicaux. Cela implique que les collèges des médecins existants actuellement au sein des différents sites seront dissous.

La Direction médicale s'occupe notamment de remplir les missions suivantes:

– définir, conjointement aux chefs des départements médicaux, l'activité médicale inter-institutionnelle dans le respect de la répartition des missions, en tenant compte de la médecine basée sur les preuves ainsi que des recommandations de la littérature médicale;

– définir et coordonner, conjointement à la Direction des soins infirmiers, les soins aux patients;

– détenir l'autorité médicale et en assurer la responsabilité;

– garantir la qualité et le bon déroulement de la formation pré- et post-graduée et de la formation continue aux différentes fonctions médicales, en collaboration avec les instances compétentes;

– promouvoir et veiller au respect des directives d'éthique médicale et de déontologie en vigueur;

– définir une stratégie d'information dispensée aux patients;

– garantir la qualité et le suivi des soins aux patients, en particulier par le développement des démarches qualité et sécurité ainsi que par une collaboration avec les praticiens externes (médecins des centres universitaires et praticiens installés dans le canton);

– respecter et faire respecter les dispositions légales en vigueur ainsi que les décisions, directives et procédures internes.

Direction des soins infirmiers

Pour garantir la qualité de la prise en charge des patients, la Direction des soins infirmiers et la Direction médicale sont appelées à fonctionner en tandem.

Lors de la concrétisation de l'organisation de l'EHM, le Conseil d'administration doit s'assurer que les autres professionnels de la santé (ergothérapeutes, physiothérapeutes, assistants sociaux, etc.) sont bien intégrés dans la structure, avec un rattachement hiérarchiquement clair en principe à l'une ou à l'autre des deux directions, médicale ou des soins infirmiers.

La Direction des soins infirmiers est notamment chargée de remplir les missions suivantes:

– définir conjointement à la Direction médicale la politique des soins au sein de l'EHM;

– définir les standards de bonne pratique selon les normes en vigueur et les connaissances du moment, les appliquer et les évaluer;

– assurer la coordination inter-institutionnelle et inter-disciplinaire, garantir et respecter les dotations définies;

– favoriser le développement de la coordination de la prise en charge des patients au sein du réseau socio-sanitaire cantonal (services d'aide et de soins à domicile, homes);

– respecter et faire respecter les dispositions légales en vigueur ainsi que les décisions, directives et procédures internes.

Direction financière

La Direction financière définit et recherche, dans le respect des limites financières que l'EHM a négocié avec l'Etat pour le financement du système hospitalier, les moyens et les ressources nécessaires pour remplir les objectifs de l'entreprise et rechercher en même temps le meilleur rapport en termes de coûts et bénéfices. Elle doit notamment:

– répondre devant la Direction générale de la bonne marche financière de l'institution;

– assurer la bonne tenue de la comptabilité, des comptes annuels et des documents usuels conformément aux dispositions légales en vigueur reconnues par la profession;

– préparer et présenter à la Direction générale les budgets et les résultats annuels;

– respecter et faire respecter la législation en vigueur ainsi que les décisions, directives et procédures internes.

Direction des ressources humaines

De manière générale, la Direction des ressources humaines doit contribuer à la réalisation de la mission de l'EHM à travers une gestion qui assure la compétence et la motivation du personnel. Elle doit notamment:

– définir la politique des ressources humaines et veiller à son application;

– offrir des prestations de service performantes dans les domaines clés des ressources humaines (recrutement et intégration des nouveaux collaborateurs, suivi et appréciation du personnel, formation);

– veiller à la bonne évolution des conditions de travail au sein de l'EHM;

– diriger et coordonner le service du personnel et le service de formation;

– gérer la communication interne;

– respecter et faire respecter les dispositions légales en vigueur ainsi que les décisions, directives et procédures internes relatives à la gestion du personnel.

Direction de l'exploitation – logistique

La Direction de l'exploitation-logistique doit assurer aux utilisateurs, collaborateurs et patients, les infrastructures et l'environnement qui participent favorablement à l'efficacité des fonctions hospitalières et à la qualité des soins. Elle doit notamment:

– définir et mettre en œuvre les stratégies en matière: d'infrastructure et d'équipements, de prestations hôtelières, d'approvisionnement;

– diriger, coordonner, contrôler et évaluer les prestations nécessaires au fonctionnement de l'établissement dans le domaine de l'intendance et de la logistique;

– respecter et faire respecter les dispositions légales ainsi que les décisions, directives et procédures internes.

8.5.6. Directions des sites

L'EHM étant par essence multisite, il n'est ni utile ni désirable de centraliser toute la direction et la gestion administrative en un seul endroit. La nouvelle entité se construit donc sur les sites hospitaliers inscrits dans la loi afin de bénéficier des compétences et connaissances acquises. Chaque site est doté d'une direction dont les marges de décision sont déterminées par le Conseil d'administration, respectivement par la Direction générale.

Les Directions des sites dépendent directement de la Direction générale et exécutent les tâches qui leur sont attribuées.

Dans un premier temps, les sites gardent leur organisation propre de manière à assurer la transition. Chaque site peut comprendre les éléments suivants: une direction administrative, un secteur médical, un secteur des soins infirmiers ainsi qu'un secteur administratif d'exploitation - logistique. Afin d'éviter les doublons, les compétences des Directions des sites sont limitées par celles assumées par la Direction générale.

En plus de leurs responsabilités sur les sites, les cadres des hôpitaux sont appelés à assumer des rôles dans la structure fédérative en fonction de leurs compétences respectives. Au fur et à mesure que les unités de gestion s'affirment, les fonctions et les tâches des directions des sites se modifient.

A terme, les Directions des sites deviennent les répondants locaux de la Direction générale et des Directions des Unités de gestion. Elles jouent le rôle de coordination verticale dans chaque site et tiennent compte des décisions stratégiques de la Direction générale et de la transversalité de l'organisation. Les Directions des sites conservent des prérogatives en terme de connaissances du terrain, d'expérience et de management.

8.5.7. Unités de gestion

La 3e phase vise la mise en place d'Unités de gestion. L'objectif recherché est de finaliser formellement la transversalité de l'organisation, cette transversalité étant l'essence même du fonctionnement de l'hôpital multisite. Les avantages recherchés sont de favoriser une même culture d'entreprise, de créer des méthodes de travail homogènes, de développer les compétences complémentaires, d'éviter des doublons et d'institutionnaliser la collaboration entre les sites.

L'activité d'une Unité de gestion est répartie sur plusieurs lieux géographiques. Chaque Direction de site en règle la coordination verticale afin d'assurer la cohésion du système. Les limites des domaines de compétences entre les Directions des sites et les Directions des Unités de gestion doivent être finement définies afin d'éviter des doublons et des dysfonctionnements.

Sur le principe, chaque Unité de gestion devrait s'organiser à l'image de la Direction générale, en instituant des responsabilités pour les principales fonctions stratégiques (médicale, soins et administration).

Le présent rapport ne détaille pas le passage progressif vers ce type d'organisation et laisse cette tâche aux organes de l'EHM.

8.5.8. Fonctions de soutien

Dans l'exercice de leur activité, la Direction générale et les unités fonctionnelles s'appuient sur plusieurs fonctions de soutien constituées par des "cellules de compétences". L'objectif est de regrouper les personnes et les compétences dans des domaines d'expertises spécifiques essentiels à l'activité de l'EHM.

Bien que la désignation des fonctions de soutien ainsi que leur composition soient de la compétence de la Direction générale, nous pouvons d'ores et déjà esquisser les ressources partagées suivantes qu'il s'agit de réunir dans des fonctions de soutien: le programme qualité, les affaires juridiques, le contrôle interne de gestion, la prévention et le contrôle de l'infection ainsi que l'hygiène hospitalière, les produits thérapeutiques, la sécurité et la santé au travail ainsi que la médecine du travail.

8.5.9. Commissions permanentes

La désignation de commissions permanentes spécifiques à certains domaines revêt une importance particulière. Au même titre que les fonctions de soutien, ces instances ont un rôle consultatif au service de la Direction générale et des unités fonctionnelles pour des problématiques spécifiques importantes. Citons pour exemple, les équipements médicaux, les médicaments, l'éthique clinique, les achats, la qualité et l'hygiène hospitalière. La Direction générale a compétence de former les commissions nécessaires et de définir l'articulation de certaines d'entre-elles avec les fonctions de soutien. A titre d'exemple, le ou la délégué-e qualité s'appuie à son tour sur la commission ad hoc et en réfère à la Direction générale.

8.5.10. CIGES

Le système d'information représente le système nerveux central d'un hôpital. Il s'agit donc d'un élément essentiel qu'un établissement tel que l'EHM ne doit pas déléguer à un tiers. Certaines activités, actuellement gérées par le CIGES pour le compte des hôpitaux, répondent à ce critère et doivent à ce titre être intégrées à l'EHM. Il s'agit notamment des prestations relatives aux données comptables, aux calculs de tarifs et au codage des prestations. Ces activités sont comprises dans une fonction de soutien spécifique pouvant être dénommée "Contrôle de gestion et unité d'analyse médico-économique". En tant que société anonyme, le CIGES reste compétent pour toutes les activités qui ne sont pas liées aux hôpitaux de soins physiques. Le Conseil d'administration de l'EHM devra se positionner et définir quelles prestations non stratégiques il entend sous-traiter au CIGES.

8.5.11 Autres organes

L'opportunité d'une intégration des fonctionnalités des autres institutions, notamment de la Fondation des laboratoires des hôpitaux neuchâtelois, de l'Institut neuchâtelois d'anatomie pathologique et de l'Institut neuchâtelois de microbiologie, sera évaluée dans un deuxième temps par le Conseil d'administration.

8.6. Coût de l'opération

La création de l'EHM doit permettre à terme de conduire une diminution globale des coûts de fonctionnement des hôpitaux.

En effet, la mise en commun des ressources, la suppression de tâches réalisées à double et la spécialisation des acteurs permettront de générer des économies. Toutefois, dans un premier temps, il s'agira de mettre sur pied les nouvelles instances tout en assurant le fonctionnement des structures. Il est donc essentiel de s'assurer que le processus de création de l'EHM soit conduit sans accroc.

Le système hospitalier neuchâtelois repose sur des personnes compétentes qui ont accumulé une grande connaissance et une grande expérience. Il est essentiel que ces personnes mettent à disposition leur savoir et leur énergie à la construction de l'EHM.

Il faut éviter de créer un niveau décisionnel supplémentaire qui, déconnecté de la connaissance du terrain, viendrait s'ajouter aux directions actuelles.

Les postes des nouveaux organes dirigeants sont mis au concours. Lors des engagements, à compétence égale, préférence devrait être donnée aux collaborateurs engagés actuellement dans le réseau. Les directeurs, cadres ou collaborateurs des hôpitaux peuvent ainsi être appelés à assumer des postes à responsabilités en parallèle à leur activité sur les sites.

Bien qu'il ne soit pas possible de quantifier le coût lié à la création de l'EHM, il est prévisible que les frais résultants de l'engagement éventuel de personnel, de la présence temporaire de doublons dans certaines fonctions, ainsi que les frais dus à la rémunération des membres du Conseil d'administration soient compensés à court terme par une stabilisation du fonctionnement de l'EHM et par des gains d'efficience, notamment dans le domaine des ressources partagées.

Par ailleurs, dans le cadre des négociations tarifaires 2004 avec les assureurs-maladie et suite aux exigences de leur part, le modèle de tarif hospitalier (MTH) ainsi que la jurisprudence du Conseil fédéral en la matière ont dû être appliqués pour le calcul des forfaits. Selon les recommandations de la Surveillance des prix, les hôpitaux neuchâtelois ont été comparés à l'Hôpital de Lugano (benchmarking). Un surcoût de l'ordre de 17 millions de francs en défaveur de nos institutions a été mis en évidence. Dès lors, cet élément a été pris en compte dans les objectifs budgétaires fixés pour 2004 et le sera également pour les exercices suivants. En effet, au final les coûts d'exploitation devront être réduits de 17 millions.

En cumulant les économies exigées dans le cadre du benchmark et les coûts de mise en place de l'EHM, il est prudent d'estimer que durant la phase de démarrage du nouvel établissement, toute chose étant égale par ailleurs, les charges devraient globalement être maintenues à leur niveau actuel.

8.6.1. Frais liés à la création de l'EHM

Avec l'adoption de la loi sur l'EHM par le Grand Conseil, l'institution est juridiquement créée. Des dispositions légales transitoires vont régler le processus de mise en place de l'EHM.

Après la nomination par le Conseil d'Etat des membres du Conseil d'administration, l'EHM peut démarrer ses activités.

Dans la phase constitutive de l'EHM, le Conseil d'administration bénéficie d'une enveloppe budgétaire qui lui permet de couvrir les premières dépenses (engagement d'un chef de projet, procédures juridiques d'intégration des patrimoines, processus de nomination des membres de la Direction générale, etc.). Le montant de cette enveloppe sera déterminé par le Conseil d'Etat et intégré au budget hospitalier 2005 dans le cadre de la LAIS.

8.6.2. TVA

L'intégration des hôpitaux au sein de l'EHM ne modifie pas la situation de l'imposition actuelle. Les conséquences financières sont négligeables puisque seules quelques rares prestations actuellement non assujetties le seront à futur.

En effet, les règles relatives à l'imposition des prestations dans le domaine de la santé font l'objet de dispositions particulières dans la loi fédérale régissant la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) qui prévoient que la grande majorité des prestations fournies par les hôpitaux sont exclues du champ de l'impôt. Il s'agit notamment des soins, des traitements médicaux et autres prestations connexes dans le domaine de la santé, de même que l'hébergement, la restauration des patients ainsi que la location de chambres au personnel.

En revanche, seule une petite partie des activités des hôpitaux est actuellement assujettie à la TVA. Il s'agit principalement des prestations annexes mises à disposition des patients, des visiteurs et du personnel, telles que cafétéria, kiosque, restaurant, cabines téléphoniques, la vente de médicaments ou de matériel médical en dehors d'un traitement ainsi que les prestations externalisées, telles que le nettoyage des locaux.

L'impôt préalable qui grève les acquisitions de biens et de services exclues du champ de l'impôt ne peut pas être récupéré. C'est le cas de la plupart des acquisitions externes réalisées par les hôpitaux (appareillage médico-technique, instruments médicaux, etc).

Le regroupement des hôpitaux au sein de l'EHM ne modifie pas cette situation.

Les hôpitaux assujettis décomptent actuellement la TVA sur un mode forfaitaire. Ceci simplifie l'établissement de relevés périodiques puisque la récupération de l'impôt préalable est pris en compte de manière globale par le biais du taux forfaitaire. Cette pratique est à privilégier dans le cadre de l'EHM.

L'opportunité de l'intégration du CIGES SA, ou d'une partie de ses activités, dans l'EHM doit être évaluée du point de vue du gain d'efficience de l'EHM plutôt que de la problématique TVA.

9. REGIME DE FINANCEMENT

Comme nous l'avons vu plus haut, le Conseil d'Etat a décidé d'abandonner le système de la couverture du déficit des hôpitaux pour s'orienter vers un paiement des prestations. Ce changement du mode de financement est en préparation et il est prévu d'introduire au 1er janvier 2006 le financement par pathologie dans les hôpitaux de soins physiques.

Le financement par prestation ne fait pas partie du projet de création de l'EHM. Il n'en est donc pas fait mention dans la loi sur l'EHM. Toutefois, le système d'allocation des ressources influence fortement le fonctionnement mais aussi l'organisation des hôpitaux. Nous jugeons important de le présenter plus en détail dans ce rapport.

9.1. Principes

Les ressources financières de l'EHM correspondent à la totalité des recettes de l'exercice et à la contribution de l'Etat. L'EHM négocie son financement directement avec les partenaires tarifaires (assureurs LAMal, assureurs privés, assureurs fédéraux, autres cantons, etc.).

Les conditions d'attribution des ressources doivent inciter les prestataires à limiter les coûts, et non pas à maximiser les revenus.

Les éléments suivants doivent être pris en compte:

– Le système de financement actuel pousse les hôpitaux à choisir un type de traitement (ambulatoire, semi-hospitalier ou hospitalier) en fonction du montant du remboursement plutôt que de l'efficience (rapport qualité-prix). Il s'agit donc de mettre sur pied un système de financement qui évite ces effets pervers, par exemple en valorisant mieux les semi-hospitalisations que les longs séjours. Ce système doit être construit en collaboration avec les autres partenaires financiers, soit principalement les assureurs.

– L'EHM n'est pas directement maître du volume des prestations, puisqu'il ne peut refuser des patients envoyés par les médecins ou les services d'urgence. Néanmoins, certains traitements peuvent être évités, les médecins des hôpitaux ayant une certaine marge d'appréciation qu'il s'agit de stimuler.

– Certaines prestations nécessaires consomment des ressources importantes et ne sont pas directement attribuables à des patients (prestations collectives ou prestations d'intérêt public). Il s'agit de les définir et de les financer de manière particulière.

La contribution financière de l'Etat est définie dans le cadre d'un budget. Une partie du volume de ce dernier varie en fonction du nombre de prestations fournies par l'EHM.

9.2. Composition du cadre budgétaire

Le système de santé ne peut être réduit à une activité purement économique régie par la loi de l'offre et de la demande. Certaines prestations nécessaires du point de vue de la santé publique ne sont pas viables d'un point de vue économique. De plus, les impératifs politiques peuvent nécessiter la conservation d'activités « non rentables » dans un secteur donné. Enfin, le territoire cantonal est trop limité pour que les fournisseurs de prestations soient mis en réelle concurrence.

Un modèle de financement uniquement basé sur une rémunération des prestations inciterait l'EHM à réduire ou même supprimer certains types de traitements pour des raisons économiques, ceci au détriment de l'intérêt général. En effet, en raison de la taille limitée de la population desservie, certains traitements ne peuvent être réalisés en nombre suffisant pour réaliser des économies d'échelle. D'autre part, la LAMal empêche les hôpitaux de prospecter dans des cantons voisins pour atteindre un nombre suffisant de cas. Certains traitements effectués par l'EHM pourraient donc être plus onéreux que s'ils étaient réalisés dans d'autres centres plus importants. Il faut donc tenir compte de la réalité neuchâteloise pour financer l'EHM.

A contrario, un financement de l'activité au travers d'un budget global fait porter à l'institution l'intégralité du risque économique résultant d'une éventuelle augmentation du nombre de cas. Cela risquerait de créer une situation telle que celle observée en

Angleterre où des prestations sont refusées à des patients dès que l'enveloppe budgétaire est atteinte, c'est-à-dire vers la fin de l'année.

Il s'agit donc de définir et de garantir à l'EHM un mode de financement stable qui couvre les coûts des traitements et qui incite à l'efficience.

Qu'on ne puisse dissocier les coûts directs des traitements des coûts indirects, dû au fait que les hôpitaux publics sont chargés de missions collectives, rend plus difficiles les comparaisons avec d'autres institutions et, par là même, la définition du budget. Ce dernier sera donc composé d'une partie fixe couvrant les coûts des services particuliers demandés expressément par les pouvoirs publics (coûts indirects des prestations collectives) et d'une partie variable en fonction de l'activité (coûts directs des prestations individuelles).

9.2.1. Prestations collectives

Par prestations collectives (ou prestations d'intérêt public), nous entendons les activités déployées par l'hôpital au service de la collectivité et non d'un patient particulier. Citons par exemple les activités d'enseignement et de formation, la poursuite de certaines activités médicales dans le canton, le maintien de sites et les frais financiers liés à certains investissements.

Ces prestations ne sont pas décidées par l'EHM, mais répondent à des demandes explicites des collectivités publiques. Elles ne sont en principe pas liées à une consommation directe: un service d'urgence doit fonctionner même s'il n'est pas sollicité; un service médical spécialisé peut être créé, alors même que le nombre de cas n'est pas suffisant pour atteindre un seuil économiquement « rentable »; un site peut être conservé alors que des critères économiques objectifs prêcheraient pour sa fermeture. Enfin, le financement public partiel de prestations ambulatoires peut également être reconnu comme une prestation collective.

Les prestations collectives doivent être définies, ce qui implique un travail très complexe mené en partenariat entre le service cantonal de la santé publique et l'EHM. L'Etat n'étant pas le seul payeur de ces prestations collectives, des négociations entre l'Etat, les assureurs et l'hôpital doivent être menées. En effet, le maintien d'un service d'urgence par exemple fait partie des prestations LAMal et doit être financé également par les assureurs-maladie.

Les prestations collectives font ensuite l'objet de mandats de prestations et sont financées dans le cadre d'un budget global annuel. Le montant est acquis à l'établissement lorsque l'EHM apporte la preuve que les prestations collectives indiquées dans le mandat de prestations ont été fournies. Il établit un rapport annuel dans lequel il relate les activités effectuées dans le domaine. L'Etat se réserve le droit de contrôler si les prestations collectives sont bien fournies.

9.2.2. Prestations individuelles

Les prestations individuelles correspondent aux soins, examens et traitements réalisés en ambulatoire ou en stationnaire (semi-hospitalisation ou hospitalisation) dans les établissements. L'Etat participe au financement des prestations stationnaires.

Dans un premier temps, les tarifs des hospitalisations et des semi-hospitalisations sont calculés à partir des budgets historiques. A terme, le but est de ne pas financer des prestations de l'EHM au-delà des coûts moyens observés dans les autres hôpitaux de Suisse. Cela signifie qu'il faut connaître le coût de chaque prestation au moyen d'une

comptabilité analytique centrée sur le patient. L'Etat effectue ensuite des comparaisons avec d'autres hôpitaux (benchmarking) et les montants financiers octroyés pour les prestations individuelles sont négociés avec l'EHM sur cette base.

Un cadre financier global (enveloppe) est calculé en fonction d'un volume de prestations donné mais le financement est attribué proportionnellement à l'activité réelle. Pour ne pas inciter l'EHM à multiplier les prestations, il s'agit en l'occurrence de les financer de manière dégressives à partir d'un certain volume, par exemple en rétribuant les hospitalisations dépassant le budget global annuel au coût marginal et non au coût complet.

9.3. Financement par pathologie des hôpitaux de soins physiques

Le système de financement par pathologie des hôpitaux neuchâtelois s'inscrit dans une stratégie nationale. A l'initiative des cantons, les différents partenaires impliqués (cantons, assureurs, médecins, infirmiers, offices fédéraux) ont initié un projet national pour doter notre pays d'un système de financement par pathologie. Ce projet, nommé Swiss-DRG, permettra à terme de bénéficier d'une nomenclature uniforme et de processus homogènes pour financer les prestations hospitalières dans les institutions prodiguant des soins physiques.

Toutefois, nous ne voulons pas attendre les résultats du projet national Swiss-DRG pour introduire un système de ce type. Nous avons décidé de passer le plus rapidement possible au financement par pathologie en prenant pour modèle le système TAR-APDRG défini par le groupe APDRG suisse. Cette décision est conforme aux recommandations de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, de santésuisse et des assureurs accidents. La tarification par APDRG est actuellement en vigueur dans le canton de Vaud et dans le canton de Zürich. De nombreux cantons ont en outre annoncé la mise en place d'un système de financement qui respecte les normes édictées par le groupe APDRG suisse.

9.3.1. Projet neuchâtelois

Un groupe de travail, constitué de collaborateurs du service cantonal de la santé publique, de délégués des hôpitaux, de santésuisse et des assureurs fédéraux (SUVA), a reçu pour mandat de préparer un projet de financement par pathologie dans les hôpitaux de soins physiques. Les résultats seront soumis au Conseil d'Etat.

Les objectifs sont de mettre en place un financement par pathologie basé sur les principes recommandés par le groupe APDRG suisse. Le modèle proposé doit être cohérent avec les développements du projet national Swiss DRG, de manière à ce que la transition soit facilitée le moment venu.

Le financement par pathologie doit débuter dès le 1er janvier 2006 en ce qui concerne le financement des assureurs LAMal et de l'Etat. Ce modèle peut entrer en vigueur en 2005 déjà pour les cas financés par les assureurs fédéraux. Nous disposerons ainsi d'une période transitoire pour tester le modèle.

Les domaines suivants sont étudiés et feront partie du rapport:

Modèle de financement, aspects conventionnels, controlling et supervision du système

Il s'agit de définir le champ d'application du modèle (hôpitaux, services et cas concernés), de définir les prestations collectives et de fixer les règles de leur financement, de définir précisément le modèle de financement ainsi que d'établir les conventions.

Tout mode de financement risque d'induire des effets indésirables que nous voulons surveiller. Les éléments suivants par exemple devront être suivis très attentivement: qualité du codage, taux de réadmission, détection des journées inappropriées, etc. Il s'agit notamment de définir l'instance chargée de ce contrôle ainsi que les moyens à utiliser (statistiques, audits, contrôles ponctuels).

Codage médical

Le financement par prestation se nourrit des informations codifiées sur les diagnostics et les traitements des patients. La qualité de ces données est essentielle, aussi s'agit-il de mettre sur pied une centrale de codage et de groupage des cas pour les hôpitaux du canton. Cette centrale doit être dotée de personnel formé spécialement à cette tache.

Comptabilité analytique centrée sur le patient

Il est également essentiel de disposer de données financières précises, fiables et récoltées de manière uniforme. Il s'agit de définir et de mettre en place une comptabilité analytique uniforme, dont l'unité finale d'imputation est le patient.

Qualité de l'outcome

Il s'agit ici de définir des indicateurs capables de mettre en évidence les influences du financement par pathologie sur la qualité des résultats des traitements dans les hôpitaux et de définir le processus de suivi de ces indicateurs.

9.3.2. Phase de transition

Au terme du processus, le cadre budgétaire pour le financement des prestations individuelles est calculé essentiellement à partir de coûts standards observés dans les autres établissements de Suisse (benchmarking). Il n'y a aucune raison légitime pour justifier que les coûts par pathologie des hôpitaux neuchâtelois soient plus élevés que cette moyenne standard.

Nous sommes conscients que cette option n’est pas possible dans la situation actuelle, ceci essentiellement pour trois raisons: premièrement, les modèles de financement par pathologie ne sont pas encore suffisamment précis; d'autre part, le système d’information n’est pas encore au point et les données nécessaires sont lacunaires; enfin, les hôpitaux, qui ont fonctionné jusqu’à ce jour suivant un modèle de couverture du déficit, ne sont pas en mesure de changer de système très rapidement. Il s'agit en effet d'un véritable changement d'organisation et de culture. Un passage trop brutal vers ce nouveau système mettrait en péril le fonctionnement des institutions.

La transition entre le modèle de financement actuel (budget global et couverture du déficit) vers le modèle visé (financement de l'activité purement basé sur des tarifs standards) se fera progressivement sur plusieurs années. Dans l'intervalle et de manière transitoire, le volume financier sera défini sur la base des budgets historiques des établissements.

Cette phase permettra une adaptation de l'outil de production dans une certaine sérénité, sachant que le monde hospitalier est un domaine très complexe et très lourd à piloter.

Par contre, l'introduction rapide d'un financement par pathologie permettra une comparaison entre hôpitaux dans le but, par exemple, de comprendre pourquoi certaines prestations sont plus chères dans notre canton qu'ailleurs.

9.4. Hospitalisations hors canton

La volonté du Conseil d'Etat est de créer les conditions-cadres qui pousseront l'EHM à améliorer l'efficience de ses services plutôt qu'à maximiser ses revenus. La réunion de tous les hôpitaux au sein de la même entité y contribue car il ne sera plus intéressant pour un site d'obtenir davantage de ressources au détriment des autres sites.

D'un autre côté, il s'agit d'éviter de créer une situation où l'établissement choisi d'exporter ses malades pour des raisons économiques. Or, dans la situation actuelle, lorsqu'un patient est hospitalisé hors canton, les coûts sont pris en charge par l'Etat en plus du financement normal des hôpitaux. La nécessité d'obtenir une autorisation du médecin cantonal est certes un garde-fou contre les abus mais, avec le nouveau mode de financement, on risque de susciter un excès de demandes vers la fin de l'année, lorsque les budgets sont épuisés.

Nous proposons d'intégrer la part cantonale des hospitalisations hors canton dans le budget de l'EHM afin que celui-ci finance directement ces traitements en lieu et place de l'Etat. Ainsi, le choix d'hospitaliser un patient dans le canton ou hors du canton se fera sur des critères de qualité et de coût de la prise en charge. Dans ce système, le médecin cantonal conserve certes ses prérogatives conformément à la LAMal, mais travaille étroitement avec la direction médicale de l'EHM.

L'hôpital peut ainsi décider s'il est rentable de développer un type de prise en charge ou s'il est préférable d'envoyer les patients se faire traiter hors du canton pour une pathologie donnée. Toutefois, le financement par pathologie basé sur le benchmarking limitant le risque de développement de prestations économiquement non efficientes, il n'est donc pas à craindre que l'EHM élargisse l'offre de spécialités médicales particulières (par exemple la cardiologie invasive).

Le recours à l'hospitalisation hors canton pourrait même être utilisé comme moyen de régulation de la capacité hospitalière, ceci sans augmenter le financement public. Il serait en effet possible de faire traiter des patients hors canton en cas de dépassement temporaire de la capacité de l'EHM. Celui-ci pourrait in fine baisser globalement sa capacité d'hébergement et l'adapter sans risque aux variations annuelles.

9.5. Financement d'un hôpital hors de l'EHM

Idéalement, tous les hôpitaux de soins physiques devraient avoir leur place dans l'EHM. Cependant cette cantonalisation des hôpitaux n'est pas un but en soi mais un moyen d'anticiper les changements à venir et surtout de permettre aux hôpitaux actuels de survivre au changement du mode de financement. Aussi, le Conseil d'Etat n'a pas l'intention de contraindre les hôpitaux actuels à participer au projet. Il enregistre avec

satisfaction la participation de sept hôpitaux sur huit. Seule la Providence a aujourd'hui indiqué sa volonté de conserver un statut indépendant.

L'avantage de la création d'un établissement cantonal se trouve dans le fait que l'Etat traite avec un partenaire unique pour prendre en charge l'ensemble des traitements stationnaires physiques. La grande force de l'établissement unique responsable de l'ensemble des hospitalisations est qu'il supprime les risques de sélection des patients. En effet, il ne peut refuser des patients coûteux ou les transférer vers d'autres hôpitaux sans en assumer les charges financières. D'autre part, l'organisation même de notre système hospitalier cantonal demande une très forte collaboration des différents sites. En effet, pour beaucoup de patients, l'hospitalisation débute sur un site aigu et se termine dans un site B. Le moment du transfert doit être choisi pour des raisons d'efficience (équilibre entre la qualité de la prise en charge et les coûts) plutôt que pour maximiser les ressoures et minimiser les coûts d'un site particulier.

Dans le cas de la Fondation de La Providence, la part publique du financement des prestations individuelles de ses activités hospitalières transitera par l'EHM, ceci dans la même logique que pour les hospitalisations hors canton. Il faut absolument éviter qu'une institution hors EHM puisse se concentrer sur les patients et les activités "rentables" et renvoyer vers l'EHM ceux potentiellement coûteux.

L'EHM, dont le mandat de prestations recouvrira la responsabilité de la prise en charge de l'ensemble des hospitalisations de la population neuchâteloise, recevra l'intégralité des subventions publiques. La Providence devra donc négocier avec l'EHM les conditions de son contrat de partenariat pour la part de financement publique, et avec les assureurs pour la part financée par ces derniers.

10. CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE

La création d'un établissement cantonal de droit public ne doit pas conduire à la décomposition du système hospitalier neuchâtelois. Si les structures dirigeantes sont modifiées de manière à donner davantage de marge de manœuvre à l'établissement dans le cadre d'une mission déléguée par l'Etat, les changements, pour la grande majorité des collaborateurs ainsi que pour la population, doivent rester minimes.

Il s'agit bel et bien de créer un hôpital multisite et non un hôpital cantonal. Les principaux changements se répercutent sur les propriétaires actuels des institutions.

10.1. L'EHM est un outil

La cantonalisation des hôpitaux est un moyen de faire face aux défis qui attendent les institutions de soins et non un but en soi. L'objectif principal est de fournir les meilleures prestations au meilleur coût, et ceci dans la durée. Dans ce contexte, l'EHM apparaît comme un outil à la disposition des pouvoirs publics, des assureurs et de la population, pour remplir les missions qui lui sont confiées.

Il ne faut pas attendre d'économies immédiates suite à la réunion des hôpitaux en une seule institution. En effet, les économies d'échelle attendues, les gains d'efficience et l'amélioration de la qualité ne découlent pas des structures mais sont les résultats de décisions de management. Dans le cas des hôpitaux, les économies et les gains de productivité sont attendus suite à la mise en place d'une organisation qui évite la dispersion des moyens. Ils sont principalement incités par la fixation de conditions-cadres et par le changement du mode de financement des hôpitaux.

L'EHM est donc un outil que les décideurs (Conseil d'Etat, Conseil d'administration, Direction générale, Direction médicale, etc.) pourront actionner pour atteindre les objectifs visés.

10.2. Protection des structures

La centralisation des infrastructures et des services permet certainement de réaliser des économies d'échelle. Toutefois, la création d'une grande structure risque de conduire à des dysfonctionnements dus à sa taille. L'objectif final n'est pas de centraliser systématiquement le système hospitalier mais bien de trouver un équilibre entre, d'une part, la centralisation du pouvoir de décision et de certaines tâches, et d'autre part la décentralisation des activités.

Dans ce contexte, les structures doivent être protégées à long terme contre les turbulences et les aléas des agendas politiques (financement moniste par exemple). Des garanties doivent donc être données pour la conservation des sites et de leur importance relative. Le devenir des fondations qui gèrent actuellement les hôpitaux doit également être abordé.

La Providence qui ne fait pas partie de l'EHM n'est pas concernée par les éléments développés dans ce chapitre. Elle garde le statut qui est le sien aujourd'hui.

10.2.1. Maintien des sites actuels

La planification hospitalière de 1999 a affirmé le principe d'un système hospitalier neuchâtelois décentralisé. Cette option est aujourd'hui confirmée par le rapport du Dr Yves Eggli, expert mandaté par le département afin d'étudier la répartition optimale des missions des hôpitaux de soins physiques du canton. De toute manière, les centres principaux ne sont pas dimensionnés pour prendre en charge l'intégralité des patients nécessitant des soins hospitaliers.

Il est important de s'assurer que les décisions de management, privilégiées dans la nouvelle structure, ne reviennent pas sur ce principe pour des raisons d'efficience. L'éventuelle perte d'efficacité due à la décentralisation pouvant être financée à part, en tant que prestation collective.

Les institutions actuelles doivent être assurées qu'elles ne seront pas sacrifiées sur l'autel du management. Le maintien des sites en tant que structures hospitalières est inscrit dans la loi spécifique. Chaque institution y est mentionnée individuellement et, grâce à cette mesure, ni le Conseil d'Etat ni l'EHM ne peut décider d'affecter l'un ou l'autre des huit hôpitaux actuels à une activité non hospitalière. Une telle décision ne peut être prise que par le Grand Conseil, ce qui implique, comme toute modification de loi, une soumission à un référendum facultatif.

10.2.2. Conservation de l'importance relative des sites

Le Conseil d'Etat est le garant de l'équilibre entre les régions et il est le protecteur des intérêts de la population. En cela, il doit tenir compte de la situation actuelle et veiller à conserver l'importance relative des sites.

Cela veut dire, par exemple, que les sites de Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds doivent conserver une renommée comparable à celle qui est la leur aujourd'hui. Il n'est pas non plus envisageable de réduire l'activité hospitalière d'un hôpital de transition à une proportion insignifiante.

Il sera indiqué dans la loi spécifique que le Conseil d'Etat veille à la conservation de l'importance relative des sites concernés.

10.3. Devenir des propriétaires actuels des hôpitaux

Il s'agit d'un aspect particulièrement complexe lié à la création d'un établissement de droit public. En effet, cela s'accompagne d'une perte de pouvoir des propriétaires actuels des hôpitaux, même si ce pouvoir est fortement limité par les conditions fixées par l'Etat.

10.3.1. Fondations

Jusqu'à récemment, les fondations géraient leurs établissements en toute indépendance. Durant cette dernière décennie, l'intervention des pouvoirs publics s'est toutefois progressivement intensifiée afin d'assurer le financement des institutions. Aujourd'hui, mis à part les contributions des assureurs et, dans une moindre mesure, celle des patients, les ressources des institutions sont pour une large part apportées par les pouvoirs publics.

Or, le principe de "qui paie commande" n'est désormais plus respecté puisque les pouvoirs publics doivent assumer les conséquences de décisions sur lesquelles ils n'ont pas prise directe (notamment la prise en charge d'éventuels dépassements budgétaires). Le pouvoir doit dès lors être remis dans les mains de celui qui assume les risques. Notons à ce sujet que les assureurs-maladie ne peuvent prétendre participer aux décisions puisque ils achètent des prestations à des tarifs fixés à priori et ne sont jamais appelés à assumer d'éventuelles conséquences à posteriori.

La fonction hospitalière des fondations est seule concernée par la démarche. Avec la création de l'EHM, les fondations peuvent continuer d'exister mais elles doivent se séparer de leur activité hospitalière. Les fondations peuvent conserver leurs activités extra-hospitalières ainsi que le patrimoine affecté aux dites activités. Une solution particulière doit être trouvée pour chaque fondation. Celles-ci ont la liberté de céder tout ou partie de leurs biens mobiliers et immobiliers à l'EHM qui devra alors reprendre les actifs ainsi que les passifs y relatifs à leur valeur comptable.

Les fondations reçoivent des dons et ou des legs qui servent notamment à financer des projets ponctuels. Une modification des buts des fondations est dès lors nécessaire. Les montants déjà reçus peuvent toujours être destinés à des actions spécifiques pour l'établissement initial même au sein de la nouvelle entité, pour autant que celles-ci n'engendrent pas de coûts d'exploitation non désirés (par exemple l'achat d'un équipement nécessitant par la suite un important contrat d'entretien). L'EHM a un droit de regard sur l'utilisation des montants alloués par les fondations.

10.3.2. Hôpitaux communaux

La question du devenir des actifs et passifs des hôpitaux publics se pose également. Il ne serait pas utile que les villes conservent le patrimoine utilisé dans le cadre du fonctionnement opérationnel des hôpitaux.

L'endettement des deux villes est artificiellement exagéré par le fait que leur statut de propriétaire des hôpitaux principaux les contraint à emprunter des montants très importants pour financer les investissements nécessaires au fonctionnement de leurs institutions. Cette situation sera normalisée puisque les villes de La Chaux-de-Fonds et de Neuchâtel sont appelées à céder les actifs et les passifs à l'EHM.

10.3.3. Patrimoine hospitalier des fondations et des villes

Le principe de transfert du patrimoine destiné à l'exploitation hospitalière est celui de la reprise des biens ainsi que des dettes qui leur sont attachées, à la valeur comptable figurant aux bilans des établissements à un jour déterminé. Une fois nommés, le Conseil d'administration et la Direction générale de l'EHM négocient avec les propriétaires actuels les modalités de transfert et de mise à disposition des équipements nécessaires selon le principe précité.

Il peut s'agir de vente ou de location des infrastructures.

10.4. Cadre des négociations

Les négociations relatives à la location ou à la vente des biens mobiliers et immobiliers ainsi qu'à la reprise du personnel par l'EHM ont lieu entre ce dernier et les propriétaires actuels des institutions.

Les pourparlers doivent se dérouler conformément aux principes généraux présentés dans ce rapport. En cas de divergences, les parties aux négociations peuvent faire appel à l'arbitrage du Conseil d'État qui détermine de cas en cas les modalités de son intervention.

Les négociations doivent avoir abouti au plus tard le 31 décembre 2005.

11. CONSEQUENCES

La création d'un établissement cantonal unique dans le domaine hospitalier neuchâtelois est une réponse aux changements des conditions-cadres du domaine de la santé. Néanmoins, pour assurer son succès, il s'agit de prendre en considération certains risques que nous détaillerons ci-après.

11.1. Avantages

L'EHM apporte une réponse favorable à une série de problèmes qui ont été développés plus haut, notamment:

11.1.1. Clarification des responsabilités et des rôles

L'avantage principal réside dans la claire séparation des compétences et des responsabilités entre l'Etat et l'établissement. Chaque partenaire concentrera ses efforts sur ses domaines de compétences; pour l'Etat, la responsabilité stratégique et l'attribution de ressources, pour l'EHM la réalisation opérationnelle et le respect des règles d'efficience (économicité et qualité).

11.1.2. Protection des sites

Comme nous l'avons vu, le changement du mode de financement a pour conséquence de mettre en péril les hôpitaux dans leur forme actuelle. En fonction des montants perçus, des traitements sont "rentables" alors que d'autres hôpitaux consomment davantage de ressources qu'ils n'en obtiennent.

En ce qui concerne les fondations, ces dernières doivent assumer leurs éventuels découverts. Une erreur de management, le départ d'un médecin-chef, une mauvaise négociation tarifaire, peuvent par exemple créer des problèmes financiers insurmontables. Dans la situation actuelle, la plupart des fondations n'ont pas les réserves suffisantes pour supporter ce risque.

Les hôpitaux communaux sont mieux placés pour faire face à d'éventuels découverts financiers puisque les villes sont appelées à couvrir le déficit. Toutefois, cela serait certainement mal accepté par les contribuables citadins appelés à financer des prestations livrées à des citoyens d'autres communes.

La survie des sites est garantie par la création de l'EHM. Grâce à sa taille, l'établissement a davantage de marge de manœuvre pour équilibrer ses revenus et ses charges et répartir les ressources entre les services. Il aura également davantage de latitude pour prendre les mesures organisationnelles envers des services ou des sites qui dysfonctionnent (réunion de petits services, circulation du personnel spécialisé entre les sites, etc.).

La taille de l'EHM est donc en soi une garantie contre les problèmes d'insuffisance de financement. Par une inscription dans la loi ad hoc, les sites sont protégés et le fonctionnement général du système hospitalier peut être efficient.

De plus, L'EHM anticipe les révisions de la LAMal, notamment la suppression de l'obligation de contracter et le financement moniste des hôpitaux. Regroupées au sein d'une seule entité juridique, les institutions ne sont plus seules face aux assureurs.

11.1.3. Pilotage du système

La réunion de tous les hôpitaux au sein d'une seule entité n'apporte pas en soi d'économies. C'est l'utilisation de cet outil qui permettra à terme de rendre notre système hospitalier plus performant.

L'Etat peut piloter le système hospitalier en fixant les conditions-cadres auxquelles l'hôpital doit répondre. Il négocie avec lui un mandat de prestations et lui attribue les ressources nécessaires à son action.

Dans un premier temps, il est essentiel de garantir au minimum le niveau de financement actuel. Il est en effet très dangereux de coupler réorganisation et diminution des ressources car tout changement d'organisation demande justement, temporairement au moins, des moyens plus importants. Les missions actuelles doivent être poursuivies dans l'intérim.
.
A l'avenir, le système hospitalier peut être piloté plus facilement et les ressources financières octroyées par le pouvoir politique peuvent être allouées sur le terrain de manière plus équitable que dans le système actuel. Avec l'EHM, les services médicaux sont organisés au niveau cantonal, le transfert des patients est réalisé plus simplement, la circulation d'une partie du personnel permet de faire plus aisément face aux variations temporaires d'activité, etc. La gestion d'un établissement organisé comme une entité mise en réseau permet d'éviter les redondances coûteuses et de développer un réel pool de compétences.

On a vu que la suppression des pouvoirs locaux et la création d'une direction unique indépendante de l'Etat est une condition primordiale qui permettra un pilotage optimal du système. Les expériences tessinoises et valaisannes ont montré que la participation active des pouvoirs publics au sein des instances décisionnelles et de gestion de

l'établissement unique ne constitue pas une solution idéale, au contraire. Il est donc essentiel de laisser la plus grande marge de manœuvre au Conseil d'administration.

11.1.4. Organisation cantonale des services médicaux: un enjeu de qualité

Une des limites du système hospitalier neuchâtelois actuel est que de nombreux services médicaux n'ont pas une taille suffisante. Il est plus difficile de recruter du personnel spécialisé et les collaborateurs de ces services doivent se partager la garde au sein d'un effectif restreint. Dans ces conditions, le seuil d'efficience n'est souvent pas atteint. D'autre part, la création de départements intégrés sur plusieurs hôpitaux (département intégré de chirurgie, département intégré de médecine, etc.) est extrêmement laborieuse et dépend directement de la bonne volonté des intervenants. Dans ces conditions, le pilotage en devient impossible. Par ailleurs, et les premières expériences le montrent, ces départements ne disposent pas d'un budget consolidé réunissant l'activité sur les divers sites. Il manque un organe centralisé de contrôle de la gestion financière.

La mise sur pied de l'EHM permet de créer et de faire fonctionner des services et des départements médicaux cantonaux sans devoir passer par de longues négociations entre les directions administratives et médicales et les propriétaires des hôpitaux concernés. Ainsi, les travaux fastidieux pour établir les conventions ou les protocoles d'accord entre les établissements sont évités. D'autre part, l'organisation des pools de médecins et de collaborateurs spécialisés est rendue plus aisée lorsque tous sont engagés par le même employeur. En cas d'absence de l'un d'eux, son remplacement est également facilité.

De plus, une direction médicale unique pour l'ensemble du canton est créée. Cette direction, que l'on veut forte, doit donner une unité de doctrine médicale et organisationnelle et amenuiser ainsi les tendances individualistes qui caractérisent le monde médical.

D'autre part, nombre de services médicaux de nos hôpitaux bénéficient d'un niveau peu élevé en ce qui concerne la reconnaissance pour les années de formation FMH des médecins-assistants. Avec l'augmentation des exigences, ils risquent même de rétrograder dans ce classement. La création de départements médicaux cantonaux leur permet d'atteindre une taille suffisante pour garantir ou même augmenter leur niveau de reconnaissance. Les médecins-assistants et les chefs de clinique peuvent circuler entre les différents sites, ce qui d'une part améliore leur formation et d'autre part permet aux services de taille réduite d'avoir également accès à ces médecins.

L'exécution des décisions du Conseil d'Etat s'agissant de la répartition des missions est facilitée car elles peuvent être mises en œuvre en tant que processus d'organisation interne. Les économies réalisées permettent de dégager les ressources nécessaires qu'il s'agira à l'avenir d'investir dans le maintien d'un système hospitalier de qualité.

11.1.5. Négociations tarifaires

Les négociations tarifaires avec les assureurs-maladie sont actuellement menées par l'ANEM au nom de tous les hôpitaux. La délégation est composée de directeurs des hôpitaux, mais plusieurs établissements ne sont pas présents aux séances. Dans le système actuel de la couverture du déficit, l'absence de certains hôpitaux ne leur est pas préjudiciable. En effet le résultat de la négociation a peu d'influence sur les établissements. En effet, les déficits de ces derniers sont intégralement pris en charge par les pouvoirs publics.

Avec le changement du mode de financement et surtout la suppression de la couverture du déficit, la négociation devient davantage une affaire entre les assureurs et les

hôpitaux. L'Etat retrouve son rôle d'arbitre d'après la LAMal. Il ne se porte pas garant du bon déroulement des négociations entre partenaires mais il fixe les tarifs si les négociations échouent.

Dans ces conditions, le résultat de la négociation devient déterminant et un hôpital mal servi a davantage de difficultés à équilibrer ses comptes. Les enjeux financiers pour les établissements deviennent donc vitaux. Or les relations entre les fournisseurs de prestations et les assureurs sont de plus en plus tendues. Les hôpitaux ont en face d'eux des partenaires de moins en moins enclins à tenir compte des particularités neuchâteloises et les caisses augmentent continuellement leurs pressions financières sur les hôpitaux.

Contrairement à la situation actuelle, l'EHM disposera d'un poids important vis-à-vis des assureurs lors des négociations, car les délégués de l'établissement oeuvreront pour l'ensemble des sites. La taille de l'EHM constituera donc, à elle seule, un élément de succès. Nous pouvons penser que des hôpitaux qui ne feraient pas partie de l'EHM risqueraient d'être pénalisés lors des négociations tarifaires.

11.1.6. Capacités d'évolution

L'EHM doit être vu comme une structure plus flexible et plus dynamique. La clarification des rôles entre les pouvoirs publics et l'établissement, la transparence et la rationalité de son fonctionnement, l'indépendance du Conseil d'administration, font de l'EHM un hôpital moderne, mieux à même d'évoluer rapidement et de s'adapter aux changements des conditions-cadres du domaine de la santé.

Nous connaissons déjà aujourd'hui, dans les grandes lignes, les changements auxquels seront confrontés les hôpitaux. A ce sujet, citons notamment le financement moniste des hôpitaux, la suppression de l'obligation de contracter, le financement par pathologie par les assureurs et par l'Etat, les exigences relatives aux contrôles de qualité. Grâce à sa structure flexible et moderne, l'EHM sera mieux à même d'anticiper les révisions de la LAMal et de s'adapter rapidement aux futurs changements.

11.2. Risques

Nous l'avons vu plus haut, la création de l'EHM apporte des avantages majeurs. Toutefois, la meilleure solution a toujours des inconvénients et des risques. Les deux éléments ci-après représentent des inconvénients stratégiques qu'il ne faut pas négliger. Ces problèmes sont inhérents aux systèmes hospitaliers et l'on peut difficilement les éviter.

11.2.1. Situation de monopole

La création d'un établissement hospitalier unique amplifie évidemment la situation de monopole dans laquelle se trouvent déjà les hôpitaux actuels. Il s'agit là toutefois d'une problématique endémique du monde de la santé où les lois du marché sont systématiquement biaisées.

Cette situation de monopole est mise sous contrôle pour ce qui concerne les prestations individuelles. En effet, les tarifs des traitements stationnaires sont fixés sur la base de comparaisons avec d'autres hôpitaux (benchmarking). Ce mode de faire affaiblit la position du fournisseur de prestations unique. Financé sur la base de coûts standards définis, l'hôpital ne pourra se prévaloir du manque de concurrence pour exiger des ressources supplémentaires.

Par contre, en l'absence de données fiables, il est difficile de définir le montant du financement des prestations collectives. La vraie difficulté est donc de définir des montants raisonnables pour ces prestations d'intérêt public. Là également la comparaison avec les établissements des autres cantons sera essentielle.

11.2.2. Garantie de déficit

Comme nous l'avons vu plus haut, un établissement unique aura une taille suffisante pour supporter les variations d'activité et de financement. Des réserves financières peuvent être faites lorsque les résultats d'exploitation sont positifs et, inversement, ces réserves servent à amortir des déficits éventuels. Il s'agit entre autres d'assumer les aléas qui peuvent résulter d'une mauvaise négociation de l'enveloppe budgétaire, les imprévus, ou encore les résultats d'une gestion temporairement inefficiente. Sur le long terme, la situation doit être stabilisée.

Néanmoins, il n'est pas impossible que l'établissement soit en déficit chronique. Dans ce cas, une mise en faillite n'étant pas possible, le propriétaire de l'EHM est alors appelé à assainir la situation financière. L'indépendance du Conseil d'administration sera toujours limitée par le fait que, sur le long terme, les pouvoirs publics devront intervenir en finalité. L'éventualité doit être prévue, mais la probabilité d'une telle situation est très réduite. A titre d'exemple, après plus de vingt ans d'activité, l'Ente ospedaliero cantonale au Tessin a toujours tenu son budget.

Pour ne pas recréer les conditions-cadres que l'on veut justement changer, à savoir le manque d'incitation à la bonne gestion économique que crée la couverture systématique du déficit, l'Etat doit se doter des instruments de surveillance pour détecter assez tôt une dérive financière et prendre les mesures adéquates. Il est évident que, dans un tel cas, les membres du Conseil d'administration seraient vraisemblablement rapidement remplacés.

11.3. Devenir d'un hôpital hors de l'EHM: La Providence

L'Hôpital de La Providence a signifié sa volonté de conserver un statut de fondation privée. Le Conseil d'État a entendu les arguments qui l'ont conduit à prendre une telle décision et la respecte.

Dans les faits, l'Hôpital de La Providence n'est pas inscrit dans la loi, mais n'est pas pour autant écarté du paysage hospitalier cantonal. Nous allons présenter ci-après le devenir de cette institution, devenir qui peut par analogie être étendu à toute institution exclue de la loi sur l'EHM au terme du délai de négociation.

La Providence désire demeurer un partenaire du système hospitalier. L'idée de maintenir sur ce site une activité hospitalière de soins physiques est également partagée par le Conseil d'État et les autres acteurs du système de santé neuchâtelois en prenant en compte que l'existence de La Providence n'a de sens qu'au sein d'un partenariat avec l'EHM. La concrétisation d'un tel accord de collaboration est expressément prévu dans la loi. Dans tous les cas, les missions continueront d'être définies par le Conseil d'État

L'Hôpital de La Providence pourra conserver son statut d'hôpital d'utilité publique au sens de l'article 98 de la loi de santé. Il lui appartiendra d'entreprendre les démarches nécessaires, notamment de conclure un accord de partenariat avec l'EHM, ceci en

réponse d'ailleurs à ses vœux. Afin de permettre un déroulement optimal des négociations, le délai est fixé au 31 décembre 2006.

Le Conseil d'État confirme sa volonté de construire un réseau avec tous les hôpitaux de notre canton, y compris La Providence. En cohérence avec la planification sanitaire, le rapprochement prévu NHP-P pourra être réalisé entre La Providence et l'EHM. Toutefois, si le partenariat est revendiqué de parts et d'autres, il n'est pas pensable que le Conseil d'État impose un type de collaboration particulier à l'un ou à l'autre des partenaires. Cela serait contraire à l'indépendance qu'il entend donner à l'EHM et donc à l'esprit qui s'est développé tout au long de ce projet. Le partenariat doit être négocié entre l'EHM et La Providence, et être conclu aux conditions et à la satisfaction des deux partenaires.

La Providence demande que la loi stipule le statut d'hôpital partenaire et réclame une garantie d'activités qui lui assure une masse critique minimale. Le Conseil d'État ne peut pas entrer en matière sur cette requête qui n'est pas dans l'esprit de la loi sur l'EHM et, de plus, donnerait à La Providence une garantie qui va au-delà de celle qui lui est donnée actuellement. La mission de l'État est de garantir l'accès aux soins à la population neuchâteloise et non d'assurer la survie économique d'une fondation. Répondre favorablement à la requête de La Providence viderait le projet d'EHM de tout son sens.

La voie indépendante qu'a choisie La Providence n'est pas sans risques et nous désirons attirer l'attention sur ces derniers. Tout d'abord la Fondation devra négocier un mode de partenariat avec le Conseil d'administration de l'EHM. De plus elle devra:

– assumer un éventuel découvert financier;

– assurer sa trésorerie et les frais financiers de tout nouvel investissement sans garantie de l'Etat;

– négocier et recevoir la part publique du financement des prestations individuelles via l'EHM;

– négocier son statut de partenaire directement avec l'EHM au travers de conventions et de contrats;

– négocier avec les assureurs les tarifs hospitaliers et ambulatoires;

– affronter en solitaire les changements annoncés du paysage hospitalier, notamment suite aux prochaines révisions de la LAMal (financement moniste, suppression de l'obligation de contracter, etc.);

La Providence ne pourra pas signer des contrats de prestations avec l'État ce qui exclu l'accès au financement public pour des prestations d'intérêt public (rappelons que l'intégralité du financement public pour des prestations hospitalières fait partie du contrat de prestation avec l'EHM).

Enfin, nous espérons qu'en dehors de l'EHM, La Providence ne rencontrera pas de difficultés dans le recrutement des médecins-assistants et plus largement des médecins-cadres. En effet, il est fort probable que l'institution perde son niveau de reconnaissance par la FMH et soit moins attractive pour les médecins.

Si d'aventure, la Fondation de La Providence revenait sur sa décision et désirait in fine que son hôpital rejoigne l'EHM, il faudrait une décision du Grand Conseil pour l'inscrire dans la loi.

11.4. Modifications législatives

Les modifications de la loi de santé sont formelles et ne nécessitent aucune explication particulière autre que celles déjà évoquées dans le rapport.

Les autres lois ne sont pas touchées.

12. CALENDRIER

La création d'un établissement hospitalier multisite de droit public entraîne une modification en profondeur du système hospitalier neuchâtelois. Tout changement, aussi souhaité soit-il, crée un lot de difficultés et de problèmes. Il s'agit de mettre en place de nouveaux organes, d'édicter des nouvelles directives, de modifier des contrats, etc. La question du transfert de patrimoine entre les fondations et les villes d'un côté et l'EHM de l'autre, porte à elle seule son lot de difficultés.

Une fois la loi sur l'EHM votée par le Grand Conseil, l'établissement existera juridiquement au terme du délai référendaire.

Un chef de projet chargé de mener le processus devra être engagé et le Conseil d'Etat devra nommer les membres du Conseil d'administration. Mais il est clair que le gros du travail restera à faire et l'intégration des institutions, avec toute la complexité inhérente à la question, demandera encore beaucoup de temps et d'énergie.

Dès le premier semestre 2005, les institutions pourront rejoindre l'EHM au terme des négociations que le Conseil d'administration mènera avec les propriétaires des hôpitaux, notamment sur les questions de transfert de patrimoine et de la caisse de pensions. En principe, à fin 2006, le transfert devrait être intégralement réalisé.

Jusqu'à fin 2006, La Providence devra négocier et conclure un contrat de partenariat avec l'EHM et faire la demande au Conseil d'État pour être reconnu en tant qu'institution d'utilité publique au sens de l'art 84 de la loi de santé. Ce cas de figure s'appliquerait également à un hôpital qui aurait décidé de ne pas faire partie de l'EHM. Si, à court ou moyen terme, l'institution indépendante envisageait de rejoindre l'établissement multisite, il faudrait une nouvelle décision du Grand Conseil pour l'inscrire dans la loi.

13. CONCLUSION

Les hôpitaux neuchâtelois ont rempli leurs missions et ont fonctionné à satisfaction jusqu'à aujourd'hui. Le domaine de la santé est toutefois en mutation constante et rapide et nos structures ne sont plus aptes à faire face à l'incertitude et au rythme des changements. Il s'agit notamment des volontés fédérales de créer, en modifiant la LAMal, des conditions de concurrence en renforçant le pouvoir des assureurs. Mais les hôpitaux neuchâtelois sont également influencés par des changements internes à notre canton. Nous faisons référence au changement du mode de financement et à l'abandon du système de la couverture du déficit voulus par le Conseil d'Etat. Ce dernier s'appuie en la matière sur les changements inéluctables au niveau national.

L'établissement hospitalier multisite de droit public n'est donc pas un objectif mais un moyen qui doit permettre aux hôpitaux de faire face aux changements des conditions-cadres du système de santé.

La création de l'EHM n'apporte pas en elle-même d'économies. Il s'agit d'un outil qui, par une organisation claire et un partage des compétences entre l'Etat et l'établissement, permet aux responsables de prendre les bonnes décisions en vue de rationaliser le système hospitalier. L'objectif principal est de mettre sur pied un organisme qui peut évoluer dans des conditions-cadres basées sur la régulation plutôt que sur le dirigisme. Alors que le système actuel est davantage tourné vers la conservation des acquis de chacun des hôpitaux, l'EHM fonctionne dans un univers où la bonne gestion est incitée et l'amélioration des processus favorisée, ceci indépendamment de la logique de sites.

En cantonalisant le système hospitalier, l'Etat désire prendre ses distances avec le fonctionnement des hôpitaux et se concentrer sur ses missions essentielles. Il ne s'agit donc pas d'une étatisation, bien au contraire. Mais cela ne signifie pas non plus une démission du politique. En effet, le Conseil d'Etat reste maître du jeu et conserve ses responsabilités face à la population neuchâteloise sur les conséquences de ses options. D'autre part, les administrateurs de l'EHM ne peuvent prendre des décisions uniquement sur la base d'analyses économiques. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'il leur est demandé un certain sens politique. L'équilibre des régions, la répartition des missions, l'initialisation de grands projets reste de la compétence du Conseil d'Etat.

La création d'un établissement hospitalier unique regroupant les institutions de soins physiques présente de nombreux avantages:

– la pérennité des sites et l'équilibre des régions sont assurés à long terme,

– la collaboration inter-institutionnelle est une résultante plutôt qu'une contrainte,

– le système est plus facile à piloter grâce à des niveaux de compétences bien spécifiés et à des processus de décision simplifiés,

– les services médicaux sont organisés de manière cantonale; ils auront ainsi une taille suffisante pour être reconnus comme centre de formation des médecins et pour continuer d'attirer des professionnels compétents,

– enfin, le système proposé peut évoluer dans des conditions plus favorables et est mieux disposé à aborder sereinement les mutations annoncées du système de santé suisse (voir à ce sujet les prochaines révisions de la LAMal).

Dans ces conditions, la répartition des missions peut plus facilement être conduite et la rationalisation des processus permettra de dégager les ressources nécessaires au maintien de la qualité de notre système hospitalier.

Le changement de structure du système hospitalier neuchâtelois ne peut réussir que si les partenaires sont en majorité convaincus de son utilité et qu'ils ont reçu la garantie que les intérêts de la population et des régions sont préservés. Il s'agit donc de faire la part des choses entre les intérêts légitimes des populations concernées et les intérêts individuels en jeu. Il faut veiller à ce que plusieurs éléments soient pris en compte de manière adéquate. La composition du Conseil d'administration ainsi que la bonne délimitation des compétences entre l'EHM et l'Etat requièrent une attention particulière.

Le Conseil d'administration joue un rôle clé dans l'EHM. En effet, c'est lui qui détient le vrai pouvoir opérationnel et qui applique les décisions stratégiques définies par le Conseil d'Etat. Il est donc essentiel que les membres de ce conseil aient des connaissances du domaine hospitalier. Ils doivent également avoir une vision stratégique de la santé et faire preuve de compétences décisionnelles.

D'un autre côté, la santé, et plus particulièrement le monde hospitalier, reste un sujet hautement politique. Un hôpital public ou subventionné ne peut pas être géré de la même manière qu'une clinique privée et les membres du Conseil d'administration doivent également faire preuve d'une bonne sensibilité politique. Sans cela l'EHM pourrait prendre des options techniquement valables mais impossibles à porter devant la population, avec le risque de créer des relations tendues entre l'Etat et l'établissement.

Le Conseil d'administration doit donc être composé de personnalités indépendantes (c'est-à-dire sans intérêt personnel direct dans l'EHM), connaissant le domaine hospitalier, ayant des compétences de gestion et un sens politique développé.

De son côté, l'Etat doit jouer un rôle différent de celui qui a été le sien jusqu'à présent. D'une activité que l'on pourrait assimiler au contrôle de gestion, il s'agit de remplir dorénavant des missions moins dirigistes, mais également à plus grande valeur ajoutée.

L'Etat doit définir précisément quel système hospitalier il veut financer et mettre en place dans le canton.

Chez nombre de cantons voisins, la cantonalisation des hôpitaux s'accompagne souvent d'une reprise du financement de ceux-ci par l'Etat uniquement. Dans le canton de Neuchâtel, le financement public des institutions est actuellement assuré par l'Etat et par les communes à raison de 60%, respectivement 40%. Ces dernières se voient imposer leur participation sans prendre part aux décisions. Même les villes de Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds, qui pourtant possèdent leurs hôpitaux, n'en assument pas directement les charges. En effet, toutes les décisions qui ont une implication financière doivent être préalablement acceptées par l'Etat et sont prises en charge à raison de 40% par l'ensemble des communes du canton.

Dans les faits, la cantonalisation du flux de financement est déjà réalisée. Il nous paraît pourtant utile de mettre sur pied ce flux en adéquation avec le pouvoir décisionnel.

Le projet de désenchevêtrement des tâches entre l'Etat et les communes a été accepté le premier septembre 2004 par le Grand Conseil. Il est prévu que dès le 1er janvier 2005, l'intégralité du financement des hôpitaux soit assurée par l'Etat. Cette option n'est pas un passage obligé et l'EHM peut tout à fait être créé indépendamment du désenchevêtrement. Néanmoins, la solution acceptée par le Grand Conseil est plus logique et plus claire et simplifie largement la question.

La Providence n'a pas désiré rejoindre l'EHM et a signifié sa volonté de conserver un statut de fondation privée. Le Conseil d'État prend acte de ce choix et le respecte.

Pour conclure, nous sommes convaincus que la création de l'EHM représente la meilleure réponse au problème du système hospitalier neuchâtelois. Nous souhaitons vivement qu'à la fin du processus, les hôpitaux cités dans la loi rejoignent cet établissement et qu'un accord de partenariat soit conclu entre l'EHM et La Providence.

Veuillez agréer, Monsieur le président, Mesdames et Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

Neuchâtel, le 15 septembre 2004

Au nom du Conseil d'Etat:

La présidente,	*Le chancelier,*
S. PERRINJAQUET	J.-M. REBER

Loi
sur l'établissement hospitalier multisite cantonal (LEHM)

Le Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel,

vu l'article 5, alinéa 1, lettre *e*, de la Constitution de la République et Canton de Neuchâtel, du 24 septembre 2000;

vu la loi de santé (LS), du 6 février 1995;

sur la proposition du Conseil d'Etat, du 15 septembre 2004,

décrète:

CHAPITRE PREMIER

Dispositions générales

Raison sociale et statut

Article premier Sous la raison sociale "Etablissement hospitalier multisite cantonal" (ci-après: EHM), il est constitué un établissement de droit public cantonal, indépendant de l'Etat et doté de la personnalité juridique.

Siège et sites

Art. 2 [1]L'EHM a son siège à …

[2]Sous réserve des dispositions de l'article 52, il déploie ses activités sur les sites suivants:

1. l'hôpital de La Chaux-de-Fonds, à La Chaux-de-Fonds;
2. l'hôpital Pourtalès, à Neuchâtel;
3. l'hôpital du Val-de-Travers, à Couvet;
4. l'hôpital du Val-de-Ruz, à Landeyeux;
5. l'hôpital du Locle, au Locle;
6. l'hôpital de la Béroche, à Saint-Aubin-Sauges;
7. l'hôpital La Chrysalide, à La Chaux-de-Fonds.

Buts

Art. 3 L'EHM a pour buts de:

a) diriger et gérer les hôpitaux publics de soins physiques sur leur site d'implantation;

b) garantir à la population les infrastructures et les équipements hospitaliers adéquats permettant l'accès pour tous à des soins de qualité;

c) maîtriser l'évolution des coûts de la santé par une affectation optimale des ressources à disposition;

d) mettre en œuvre la planification sanitaire définie par le Conseil d'Etat;

e) promouvoir l'intégration en son sein des structures indépendantes dont les activités sont nécessaires au bon fonctionnement des hôpitaux.

Garantie de l'Etat

Art. 4 L'Etat peut garantir les engagements de l'EHM.

Patrimoine

Art. 5 Le patrimoine de l'EHM est constitué des biens dont il est propriétaire et qu'il gère de manière autonome.

Exonération fiscale

Art. 6 L'EHM est exonéré de tout impôt et taxe cantonaux et communaux.

Droit des patients et des patientes

Art. 7 Dans le cadre de la planification hospitalière et des mandats de prestations à lui confiés, l'EHM garantit aux patient-e-s:

a) une assistance médicale et sanitaire d'égale qualité, quelle que soit la nature de leur couverture d'assurance;

b) un traitement médical en adéquation avec les moyens disponibles et les connaissances scientifiques du moment;

c) le respect absolu de leur dignité et de leur liberté;

d) une large information leur permettant de se déterminer et de donner leur consentement éclairé.

Responsabilité

Art. 8 La responsabilité de tout le personnel de l'EHM, y compris celle des membres du conseil d'administration, est régie par la loi sur la responsabilité des collectivités publiques et de leurs agents (loi sur la responsabilité), du 26 juin 1989.

Rapports de travail

Art. 9 Les rapports de travail de tout le personnel de l'EHM sont régis par une convention collective de travail de droit privé (CCT Santé 21), sous réserve des exceptions prévues par la convention collective de travail elle-même.

CHAPITRE 2

Autorités supérieures

Autorités supérieures

Art. 10 Les autorités supérieures de l'EHM sont:

a) le Grand Conseil;
b) le Conseil d'Etat.

Grand Conseil

Art. 11 [1]Le Grand Conseil adopte le budget et les comptes de l'EHM par le budget et les comptes de l'Etat.

[2]Il est informé des options stratégiques prises par l'EHM ainsi que de la réalisation des objectifs par un rapport quadriennal établi par le Conseil d'Etat conformément à l'article 83 LS.

Conseil d'Etat

Art. 12 [1]Le Conseil d'Etat:

a) nomme les membres du conseil d'administration de l'EHM;

b) exerce la haute surveillance sur l'EHM;

c) définit les missions de l'EHM pour chaque hôpital de site;

d) veille à la conservation de l'importance relative des sites et à l'égalité entre les régions;

e) détermine avec l'EHM les mandats de prestations dans le cadre de la planification sanitaire;

f) fixe avec l'EHM le mode de financement de ses prestations;

g) fixe avec l'EHM son budget annuel global et, dans ce cadre, la participation de l'Etat, sous forme d'indemnité;

h) garantit si nécessaire les engagements de l'EHM;

i) autorise les investissements exceptionnels de l'EHM, en particulier ceux nécessaires à la rénovation complète d'un hôpital de site ou à la construction d'un nouvel hôpital de site;

j) approuve la rémunération des membres du conseil d'administration;

[2]Il désigne le département compétent pour l'exécution de ses tâches, lequel dispose du service de la santé publique comme organe opérationnel.

CHAPITRE 3

Organisation

Organes

Art. 13 Les organes de l'EHM sont:

a) le conseil d'administration;
b) la direction générale.

Section 1: Le conseil d'administration

Composition

Art. 14 [1]Le conseil d'administration se compose de sept administratrices ou administrateurs nommés par le Conseil d'Etat.

[2]Le Conseil d'Etat désigne parmi eux ou elles le ou la président-e et le ou la vice-président-e du conseil d'administration.

[3]Le ou la président-e du conseil d'administration assure le lien avec le Conseil d'Etat ou le département compétent.

Incompatibilités

Art. 15 Ne peuvent être nommées au conseil d'administration les personnes suivantes:

a) l'ensemble du personnel des hôpitaux, y compris les médecins;

b) les personnes se trouvant en situation de conflit d'intérêt, notamment les représentants des fournisseurs.

Récusation

Art. 16 Les membres du conseil d'administration de l'EHM doivent se récuser d'office lors de discussion ou de vote dans les cas prévus à l'article 11 de la loi sur la procédure et la juridiction administratives (LPJA), du 27 juin 1979.

Durée

Art. 17 [1]Les membres du conseil d'administration de l'EHM sont nommés au début de chaque période de législature.

[2]Ils sont immédiatement rééligibles.

Limite d'âge

Art. 18 L'âge limite des membres du conseil d'administration est fixée à 70 ans.

Rémunération

Art. 19 [1]La rémunération des membres du conseil d'administration est fixée par le conseil lui-même.

[2]Cette rémunération doit être approuvée par le Conseil d'Etat.

[3]Une rémunération spéciale peut être accordée pour l'accomplissement de tâches particulières.

Compétence

Art. 20 [1]Le conseil d'administration est le pouvoir supérieur de l'EHM. Il en assume la surveillance.

[2]Le conseil d'administration a tous les pouvoirs que la loi ne réserve pas expressément à une autorité supérieure ou à un autre organe de l'EHM.

[3]Le conseil d'administration, notamment:

a) définit la stratégie et la politique de l'EHM dans le cadre fixé par le Conseil d'Etat;

b) négocie avec le Conseil d'Etat les mandats de prestations;

c) règle les devoirs et les attributions de la direction générale;

d) définit la politique du personnel;

e) détermine le mode de signature;

f) établit le rapport de gestion annuel à l'attention du Conseil d'Etat;

g) fixe les délégations de compétence entre les administrateurs;

h) détermine la politique d'information au sein de l'EHM et à travers les médias;

i) arrête la politique de formation des médecins et du personnel soignant;

j) négocie les conventions tarifaires avec les assureurs;

k) négocie les accords de partenariat ou de collaboration avec les institutions reconnues d'utilité publique intégrées dans la planification sanitaire.

[4]Il édicte les règlements relatifs à l'organisation et à la gestion de l'EHM.

[5]Il nomme et révoque:

a) les membres de la direction générale;
b) l'organe de révision.

[6]Le conseil d'administration:

a) négocie avec le Conseil d'Etat le budget annuel;
b) contracte les emprunts nécessaires;
c) décide de l'acquisition ou de l'aliénation des biens mobiliers ou immobiliers;
d) décide de l'acceptation de donations.

Séances

Art. 21 Le conseil d'administration se réunit aussi souvent que les affaires l'exigent.

Convocation

Art. 22 [1]Le conseil d'administration se réunit sur convocation du ou de la président-e ou du ou de la vice-président-e.

[2]Il se réunit également sur demande écrite et motivée d'au moins deux membres du conseil d'administration ou du directeur ou de la directrice générale.

Quorum

Art. 23 Le conseil d'administration délibère valablement en présence de quatre de ses membres au moins.

Décisions

Art. 24 [1]Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité simple des membres présents.

[2]En cas d'égalité de voix, celle du ou de la président-e est prépondérante.

Procès-verbaux

Art. 25 Le conseil d'administration tient un procès-verbal de ses délibérations et de ses décisions.

Participation de tiers aux séances du conseil d'administration

Art. 26 [1]Le conseil d'administration peut inviter à ses séances, avec voix consultative, toutes les personnes qu'il estime nécessaire, notamment le directeur général ou la directrice générale, les directeurs ou les directrices des sites, les médecins cadres, les responsables des soins infirmiers et du personnel des hôpitaux.

[2]Il peut faire appel à des experts externes.

Section 2: La direction générale

Composition

Art. 27 La direction générale se compose:

a) du directeur ou de la directrice générale;
b) du directeur ou de la directrice médicale*;*
c) du directeur ou de la directrice des soins infirmiers;
d) du directeur ou de la directrice financière;
e) du directeur ou de la directrice des ressources humaines;
f) du directeur ou de la directrice d'exploitation et de la logistique.

Nomination

Art. 28 Le conseil d'administration nomme les membres de la direction générale.

Compétences

Art. 29 La direction générale:

a) exerce la direction opérationnelle de l'EHM;

b) exécute les décisions du conseil d'administration;

c) instruit et préavise, à l'intention du conseil d'administration, les dossiers de la compétence du conseil d'administration;

d) nomme et révoque les médecins cadres, les infirmiers chefs ou les infirmières cheffes ainsi que les directeurs ou les directrices de sites;

e) exerce la surveillance directe sur les activités de chaque hôpital de site;

f) se charge de toutes les affaires qui lui sont confiées par le conseil d'administration;

g) intervient dans l'urgence.

Règlement interne

Art. 30 Le fonctionnement interne et les missions de la direction générale font l'objet d'un règlement élaboré par le conseil d'administration.

CHAPITRE 4

Organe de révision

Nomination et durée du mandat

Art. 31 Le conseil d'administration nomme un organe de révision externe pour une durée de deux ans et qui peut être renommé.

Qualité de l'organe de révision

Art. 32 [1]L'organe de révision doit être inscrit au registre du commerce.

[2]Il doit présenter des qualifications professionnelles particulières au sens du droit des sociétés.

[3]Il doit être indépendant de l'EHM et de l'Etat.

Missions

Art. 33 L'organe de révision doit:

a) vérifier si la comptabilité, les comptes annuels et les opérations de gestion sont conformes à la loi;

b) établir à l'intention du Conseil d'Etat un rapport sur les résultats de la révision;

c) recommander au Conseil d'Etat l'approbation des comptes annuels avec ou sans restriction ou leur renvoi au conseil d'administration;

d) attester dans son rapport annuel qu'il remplit les exigences de qualification et d'indépendance;

e) établir à l'intention du conseil d'administration un rapport dans lequel il commente l'exécution et le résultat de sa vérification.

Missions complémentaires

Art. 34 Le Conseil d'Etat ou le conseil d'administration peuvent charger l'organe de révision de vérifications complémentaires.

CHAPITRE 5

Conseil des hôpitaux

Statuts

Art. 35 Le conseil des hôpitaux est une commission consultative permanente du Conseil d'Etat.

Nomination

Art. 36 Le conseil des hôpitaux est nommé par le Conseil d'Etat au début de chaque période de législature.

Composition

Art. 37 [1]Le conseil des hôpitaux se compose de quinze membres représentant les diverses régions, les propriétaires des hôpitaux qui ont adhéré à l'EHM, les professions hospitalières, les assureurs maladies et les forces politiques du canton.

[2]Il se constitue lui-même.

Participant-e-s avec voix consultative

Art. 38 [1]La conseillère ou le conseiller d'Etat en charge de la santé publique, le président ou la présidente du conseil d'administration, le directeur ou la directrice générale et le chef ou la cheffe du service de la santé publique assistent de droit aux séances du conseil des hôpitaux, avec voix consultative.

[2]Le conseil des hôpitaux peut faire appel à des experts externes.

Organisation

Art. 39 [1]Le conseil des hôpitaux détermine son organisation par un règlement.

[2]Il se réunit aussi souvent que nécessaire.

[3]Il rend ses préavis à la majorité simple des membres présents.

[4]Il peut déléguer ses compétences à des commissions pour étudier des questions particulières, notamment techniques.

Missions

Art. 40 [1]Le conseil des hôpitaux est consulté sur les choix stratégiques élaborés par le Conseil d'Etat en matière:

a) de politique hospitalière;
b) de suppression ou de création de sites hospitaliers;
c) d'attribution ou de suppression de missions sur un site.

[2]Il propose au Conseil d'Etat les mesures qui lui paraissent nécessaires pour le bon fonctionnement de l'EHM.

Préavis

Art. 41 [1]Les préavis du conseil des hôpitaux sont mentionnés dans les décisions du Conseil d'Etat.

[2]Si le Conseil d'Etat s'en écarte, il doit s'en expliquer.

Indemnités

Art. 42 Le Conseil d'Etat fixe les indemnités de présence, de déplacement et de subsistance des membres du conseil des hôpitaux.

CHAPITRE 6

Dispositions financières

Principe

Art. 43 Les ressources financières de l'EHM sont composées des recettes de l'exercice annuel et des subventions de l'Etat, sous forme d'indemnités.

Versement des subventions

Art. 44 Toutes les subventions de l'Etat, sous forme d'indemnités, aux prestations hospitalières sont versées à l'EHM.

Part cantonale des hospitalisations hors canton

Art. 45 La part cantonale des hospitalisations hors canton est prise en compte dans le subventionnement global annuel de l'EHM.

Relations avec les cliniques privées

Art. 46 [1]L'EHM négocie avec les cliniques privées le coût de la prise en charge de patients.

[2]Le coût qui en résulte est pris en charge dans le subventionnement global annuel de l'EHM.

Paiement des indemnités

Art. 47 Les indemnités à charge de l'Etat sont payées mensuellement à l'EHM.

CHAPITRE 7

Dispositions transitoires et finales

Section 1: Intégration des hôpitaux de site

Principe

Art. 48 L'intégration des hôpitaux de site à l'EHM doit être négociée avec les fondations et les communes qui en sont actuellement propriétaires.

Cadre des négociations

Art. 49 Les principes généraux suivants doivent prévaloir dans le cadre des négociations, à savoir:

a) le personnel des institutions est repris par l'EHM sur la base de la convention collective de travail CCT Santé 21 de droit privé;

b) le personnel des institutions repris doit être affilié à une caisse de pensions;

c) les biens mobiliers et immobiliers afférents au secteur hospitalier des institutions sont seuls loués ou vendus à l'EHM;

d) les valeurs des biens vendus à l'EHM ne doivent pas excéder leur valeur au bilan;

e) les institutions gardent la propriété de l'ensemble de leur patrimoine extrahospitalier.

Durée des négociations et conciliation

Art. 50 [1]Les négociations doivent avoir abouti au plus tard le 31 décembre 2005.

[2]En cas de divergences, les parties aux négociations ou l'une d'entre elles seulement peuvent faire appel en tout temps au Conseil d'Etat pour tenter la conciliation ou pour procéder à un arbitrage.

[3]Le Conseil d'Etat détermine de cas en cas les modalités de son intervention.

Exonération fiscale

Art. 51 Les transferts immobiliers résultant de l'intégration des hôpitaux de site à l'EHM sont exonérés des lods et des émoluments du registre foncier.

Non-aboutissement des négociations

Art. 52 [1]Si les négociations n'aboutissent pas avec l'une ou l'autre des institutions, les hôpitaux qu'elles exploitent deviennent des cliniques, au sens de l'article 97, alinéa 2 LS.

[2]Ces cliniques ne bénéficient plus des subventions cantonales dès le 1er janvier 2006.

[3]Elles ne peuvent de plus se prévaloir des droits et des obligations résultant de la présente loi.

Section 2: Phase de transition en matière financière

Couverture des déficits

Art. 53 Jusqu'à la mise en place des moyens nécessaires à l'établissement du cadre budgétaire global prévu aux articles 43 à 47, le mode de financement des hôpitaux de site actuellement en vigueur subsiste (couverture des déficits).

Phase de transition

Art. 54 La transition du financement actuel vers le mode de financement retenu pour l'EHM doit intervenir de manière progressive pour être effective au plus tard le 1er janvier 2008.

Section 3: Autres hôpitaux

Statut transitoire

Art. 55 [1]Les autres hôpitaux conservent leur statut et leur mode de financement actuels jusqu'au 31 décembre 2006.

[2]A cette date et faute d'avoir été reconnus d'utilité publique, ces hôpitaux deviennent des cliniques.

[3]Les dispositions de l'article 52, alinéas 2 et 3, sont au surplus applicables.

Section 4: Modification du droit antérieur

Loi de santé

Art. 56 La loi de santé (LS), du 6 février 1995, est modifiée comme suit:

Art. 9, al. 2, let. g (nouvelle)

g) de déterminer avec l'EHM les mandats de prestations dans le cadre de la planification sanitaire.

Art. 16, al. 3, let. c

Abrogé

Art. 17a (nouveau)

Conseil des hôpitaux

Le conseil des hôpitaux est régi par la loi sur l'établissement hospitalier multisite cantonal (LEHM), du …

Art. 78, let. d

d) les hôpitaux et les cliniques.

Art. 83, al. 2

[2]Il tient compte des propositions du Conseil de santé et du conseil des hôpitaux.

Art. 83, al. 3

[3]Tous les quatre ans, il adresse au Grand Conseil un rapport d'information sur l'Etat de la planification et sur les options stratégiques prises par l'EHM ainsi que sur la réalisation des objectifs qui lui ont été confiés.

Titre précédant l'article 97

Section 4: Hôpitaux et cliniques

Art. 97, al. 1

[1]Les hôpitaux et les cliniques sont des institutions qui accueillent et traitent des personnes dont l'état de santé physique, psychique ou mentale nécessite des soins aigus, de réadaptation ou des soins palliatifs. Ces institutions ont en outre un rôle de formation et de référence pour l'ensemble des professionnels et institutions de la santé du canton. Ils se répartissent dans les catégories suivantes :

a) soins physiques;
b) soins psychiatriques;
c) transition dans le domaine des soins psychiatriques.

Art. 98

Les hôpitaux reconnus d'utilité publique se répartissent en trois catégories:

a) les hôpitaux pour soins physiques;
b) les hôpitaux psychiatriques;
c) les hôpitaux de transition psychiatrique, au sens de l'article 97, alinéa 1, lettre *c*.

Art. 99

a) hôpital pour soins physiques

Les hôpitaux pour soins physiques offrent leurs prestations à l'ensemble de la population du canton.

Art. 101

Abrogé

Art. 101a

Abrogé

Section 5: Référendum facultatif, promulgation et entrée en vigueur

Référendum facultatif

Art. 57 La présente loi est soumise au référendum facultatif

Promulgation et entrée en vigueur

Art. 58 [1]Le Conseil d'Etat fixe l'entrée en vigueur de la présente loi.

[2]Il pourvoit, s'il y a lieu, à sa promulgation et à son exécution.

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil:

Le président, *Les secrétaires,*

ANNEXES

Annexe A

ORGANISMES CONSULTES

Le premier rapport sur l'EHM a été mis en consultation durant la moitié de l'année 2003. Les organismes suivants ont été appelés à se prononcer par écrit:

Hôpitaux concernés:

Hôpitaux Cadolles-Pourtalès, Hôpital de La Chaux-de-Fonds, Hôpital de La Providence, Hôpital du Locle, Hôpital de La Béroche, Hôpital du Val-de-Travers, Hôpital du Val-de-Ruz, Centre de soins palliatifs La Chrysalide.

Partis politiques cantonaux:

Parti radical démocratique neuchâtelois, Parti libéral-PPN, Parti socialiste neuchâtelois, Parti ouvrier populaire, Parti écologie et liberté, Parti solidaritéS.

Associations professionnelles:

Groupement des médecins hospitaliers, Association suisse des infirmiers section Neuchâtel Jura, Association des médecins d'institutions neuchâteloises (assistants et chefs de clinique), Société neuchâteloise de médecine, Association des établissements pour malades, Association des responsables infirmiers des institutions de soins.

Assureurs-maladie: santésuisse.

AUTRES CANTONS

Le but de la présente annexe n'est pas d'exposer les différentes solutions adoptées par tous les cantons s'agissant de la gestion de leurs hôpitaux. Seuls sont exposés ici quelques exemples qui peuvent être mis en parallèle avec notre projet. Les cantons de Genève, Vaud, Berne, Bâle et Zurich ont été écartés intentionnellement car ces derniers sont nettement plus peuplés et leur système hospitalier est centré sur un hôpital universitaire.

Les régions latines, dont les systèmes de santé sont plus comparables au nôtre que ceux des régions germanophones, ont donc été analysées de manière plus approfondies. Les cantons du Valais, Fribourg, Jura et Tessin sont confrontés à des problématiques similaires aux nôtres et les solutions qu'ils ont adoptées se distinguent par leur innovation et leur dynamisme.

Cantons germanophones

Berne

Le paysage hospitalier bernois est composé d'hôpitaux publics aux structures juridiques diverses.

– L'Hôpital universitaire de l'Ile à Berne a un statut particulier puisqu'il s'agit d'une fondation de droit privé.

– Plusieurs hôpitaux régionaux ont le statut d'associations de communes.

– Un hôpital est constitué en société anonyme. Son activité se déroule sur trois sites. La société anonyme possède le patrimoine et gère l'exploitation de l'hôpital. Lors de sa création, l'association de communes propriétaire des hôpitaux s'est dissoute et les communes en question sont devenues actionnaires de la société anonyme.

– Enfin, la majorité des hôpitaux (dont l'activité se déroule sur deux ou trois sites) a choisi un système juridique mixte. L'exploitation de ces institutions est dans les mains de sociétés anonymes alors que les associations de communes sont propriétaires des infrastructures (en général, leur ancien hôpital régional). Les actions de ces sociétés anonymes sont détenues par les associations de communes.

Le 22 avril 2004, le Grand Conseil a révisé la loi sur les soins hospitaliers. L'Etat prendra la majorité voire la totalité des actions des sociétés anonymes. Ces dernières devront acquérir les infrastructures dans lesquelles elles développent leurs activités.

Cette révision de la loi ne concerne pas l'Hôpital de l'Ile qui restera propriété d'une fondation. Elle ne touche pas non plus le secteur psychiatrique qui est composé d'hôpitaux cantonaux et de cliniques privées.

Dans le canton de Berne, on observe une tendance générale au regroupement des sites hospitaliers. La forme juridique privilégiée est la société anonyme de droit public. Il ne s'agit toutefois pas d'une privatisation du secteur hospitalier car les actions restent en mains des collectivités publiques.

Soleure

Le canton de Soleure compte sept établissements hospitaliers: six hôpitaux de soins physiques, dont une clinique d'altitude consacrée à la réadaptation et un hôpital cantonal psychiatrique. Les structures juridiques actuelles sont assez disparates. En effet, trois institutions dépendent du droit public mais n'ont pas de personnalité juridique, trois autres sont des fondations de droit public et la dernière est une fondation de droit privé.

A l'heure actuelle, le Gouvernement soleurois envisage la création d'un hôpital unique indépendant ("Solothurner Spitäler") qui regrouperait tous les hôpitaux publics somatiques. Il doit se prononcer prochainement sur l'acceptation ou non de ce projet au mois de mai 2004.

La société anonyme d'utilité publique et sans but lucratif a été choisie comme forme juridique. Cependant, aucune privatisation n'est actuellement prévue, le canton devenant l'unique actionnaire. De plus, si le canton venait à perdre la majorité de deux tiers, tant du capital que des voix, cette nouvelle situation devrait préalablement être approuvée par le législateur ou, en dernière instance, par le peuple.

Les compétences des autorités cantonales se limiteraient aux décisions normatives et politiques, les décisions d'ordres stratégique et opérationnel étant prises par les hôpitaux eux-mêmes.

Thurgovie

Le canton de Thurgovie compte un hôpital cantonal multisite et huit cliniques privées couvrant ainsi l'ensemble des soins aigus, psychiatriques et de réadaptation. L'hôpital cantonal est réparti sur quatre sites, deux de soins aigus, un de psychiatrie et le dernier dévolu à la réadaptation.

Selon la loi du 10 février 1999 sur le regroupement des hôpitaux cantonaux, ces quatre établissements sont réunis en une société anonyme (Spital Thurgau AG). Cette union ne correspond pas à une privatisation, le capital-actions étant, en principe, détenu en totalité par l'Etat. Cependant, moyennant l'accord du Grand Conseil, il pourrait être en partie cédé à des tiers, sous réserve que le canton garde la majorité des parts.

Les huit cliniques privées qui complètent le paysage hospitalier thurgovien sont également constituées en sociétés anonymes.

Zoug

Le canton de Zoug compte trois hôpitaux de soins aigus et deux établissements psychiatriques. D'après la loi sur l'Hôpital cantonal du 27 août 1998, l'Hôpital cantonal de Zoug est une institution indépendante sous la surveillance de l'Etat. Avec la Fondation de l'Hôpital de Baar, le canton a créé une société anonyme responsable de la gestion de cette dernière institution et de l'Hôpital cantonal. L'Etat et la Fondation se partagent le capital-action à parts égales.

Dans la loi du 25 mars 1999 sur l'Hôpital central, il est prévu de supprimer les deux sites pour ériger un nouveau centre hospitalier à Baar. Le canton deviendra l'actionnaire majoritaire de cette société anonyme de droit privé.

Dans le canton de Zoug, on constate une volonté de centraliser les décisions. Une fois encore, la société anonyme est choisie comme support juridique. L'Etat garde tout de même un contrôle important grâce à sa participation majoritaire.

Argovie

Le canton d'Argovie dispose de trois établissements cantonaux, deux de soins physiques et un de soins psychiatriques ainsi que de sept institutions régionales de soins somatiques.

En mai 2003, les autorités argoviennes ont soumis une révision de la loi de la santé à votation populaire. Cette nouvelle loi a été adoptée et comporte trois importantes réformes: rendre les hôpitaux cantonaux indépendants, proposer une nouvelle organisation des hôpitaux régionaux et revoir les principes de financement des hôpitaux.

Pour rendre les hôpitaux cantonaux indépendants, les autorités ont opté pour une forme juridique de société anonyme d'utilité publique. Plutôt que de réunir les trois établissements cantonaux (y compris l'hôpital cantonal psychiatrique) en un seul, elles ont décidé de créer trois sociétés anonymes. Lors de la création de chacune des sociétés, l'intégralité de leur capital-actions est détenue par le canton. Par la suite, ce dernier peut céder des parts à des tiers (par exemple à d'autres hôpitaux). Si cette participation venait à excéder 30% du capital, l'aval du Grand Conseil doit préalablement être donné. D'autre part, le canton garde la propriété des immeubles mais en cède le droit de jouissance aux sociétés anonymes.

Jusqu'alors, tous les changements organisationnels devaient être approuvés par le gouvernement. Par l'application de la nouvelle loi, les hôpitaux régionaux bénéficient d'une plus grande autonomie. Les structures doivent pouvoir s'adapter rapidement aux changements fréquents et importants du secteur hospitalier. Selon le rapport du Conseil d'Etat argovien, cette nouvelle organisation leur offre la flexibilité nécessaire pour répondre à ces évolutions.

En parallèle à ces changements organisationnels, les principes de financement ont été revus. Ainsi, n'ayant plus de sens, la participation des communes au financement des hôpitaux a été logiquement supprimée.

Cantons latins

Valais

Le canton du Valais est doté de 15 établissements hospitaliers (dont 10 subventionnés) couvrant les soins aigus, gériatriques, psychiatriques et de réadaptation. Ces institutions sont encore, pour la plupart d'entre elles, des associations de communes ayant un statut de droit privé.

Problèmes et réforme: Butant sur des blocages institutionnels, des problèmes de dispersion des structures et sur la multiplication des intervenants, dont les intérêts divergent, les autorités cantonales ont pris la décision de mettre sur pied une structure de gestion centralisée. Ainsi, le Grand Conseil valaisan approuvait, par décret du 1er février 2002, la création d'un établissement de droit public autonome appelé "Réseau Santé Valais" (RSV). Le but principal de ce dernier était d'améliorer les chances de mise en œuvre de la politique du Conseil d'Etat en matière de prise en charge hospitalière en

institutionnalisant la collaboration des dix établissements hospitaliers et instituts médico-techniques au sein d'une structure unique.

Cette structure centralisée, qui s'ajoutait aux institutions juridiques existantes, devait assurer la mise en œuvre de la planification hospitalière, coordonner les activités des hôpitaux publics et subventionnés, garantir des soins de qualité tout en maîtrisant les coûts et assurer un équilibre entre les régions. Pour satisfaire ce dernier point, il était décidé qu'au terme du processus, chaque région (Haut-Valais, Centre, Bas-Valais) ne devait posséder qu'un seul hôpital regroupant plusieurs sites et couvrant toute la palette des soins aigus et chroniques, avec un seul collège des médecins et une seule administration locale sous la responsabilité du RSV. L'éventail de prestations de base était complété d'une part par certaines disciplines à caractère cantonal (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, pneumologie, etc.) attribuées à un établissement dans le canton et, d'autre part, par des prestations recherchées hors canton dans des hôpitaux universitaires.

Le RSV était constitué d'un Conseil d'administration et d'un secrétariat général. Les structures hospitalières étaient conservées, les communes restant maîtres de l'activité des hôpitaux mais devant appliquer les décisions du RSV. Cette situation impliquait logiquement un pouvoir d'action limité de ce dernier. De plus, il existait une discordance entre le statut de droit privé des associations de communes "propriétaires et gérantes des hôpitaux" et les règles de droit public que les payeurs (assureurs et canton) avaient l'obligation de faire respecter avec l'appui du RSV. Ces circonstances créaient de fortes tensions entre les communes et l'Etat. La situation financière catastrophique des hôpitaux entraînait les différents payeurs, et en particulier les communes, dans une situation difficilement gérable. La planification hospitalière, bloquée depuis 1996 mais devant être appliquée au plus vite, s'ajoutait aux difficultés rencontrées. Le décret montrait donc très rapidement ses limites quant à la possibilité qu'il donnait au RSV d'apporter des changements significatifs dans le fonctionnement en réseau des hôpitaux.

Révision du décret: Ayant constaté les limites de ce système, le Grand Conseil a adopté un nouveau texte par décret du 4 septembre 2003 qui avait comme objectif de changer le statut des hôpitaux subventionnés et de supprimer la participation financière des communes.

Dans une optique de clarification des compétences de chacun, la gestion des hôpitaux est dès lors transférée des associations de communes au RSV et les infrastructures sont mises à sa disposition dès le 1er janvier 2004 au plus tard. La notion de zone hospitalière, telle que définie dans la loi sur la santé et qui correspond à un découpage géographique du canton permettant de déterminer les obligations et les modalités de la participation financière des communes, disparaît.

En parallèle, la participation financière des communes aux dépenses des hôpitaux est supprimée, le canton assurant désormais la totalité du financement. Selon le Conseil d'Etat, un tel transfert n'a de sens que s'il permet, à terme, une meilleure maîtrise des coûts grâce à la mise en œuvre, par le RSV, de mesures de planification et de rationalisation. Il précise d'ailleurs qu'il ne s'agit là ni d'une "étatisation" ni d'une privatisation mais d'une solution hybride visant à responsabiliser davantage les hôpitaux mis en réseau au travers du RSV.

Avec le transfert des compétences de direction et de gestion des associations de communes au RSV, la principale modification consiste en la création d'une véritable direction générale qui remplace le secrétariat général, ainsi que dans le renforcement des compétences du Conseil d'administration. Le directeur général et les directions médicale, administrative, des soins infirmiers, des ressources humaines et financière

composent cette direction générale. Une structure verticale est toutefois conservée à l'intérieur des centres hospitaliers (directeurs de centres, chefs de départements, etc…).

Situation actuelle: Les sujets qui absorbent la grande partie de l'attention des dirigeants concernent le contrat de prestation et la planification hospitalière.

Le contrat de prestation entre le Conseil d'Etat valaisan et le RSV est sur le point d'être signé. Il définit les objectifs à réaliser, les priorités du RSV, les ressources humaines et financières à disposition ainsi que les indicateurs de qualité.

La planification hospitalière est un point essentiel de la mission du RSV. L'échéancier ayant été déterminé, les mesures structurelles prises dans ce cadre devraient bientôt être appliquées.

Jura

Le canton du Jura compte quatre sites hospitaliers somatiques: deux hôpitaux principaux à Porrentruy et Delémont, un site dévolu à la médecine subaiguë et à la gériatrie à Saignelégier (séjours de réadaptation de longue durée à caractère social, sans réadaptation hospitalière au sens de l'OPAS) et une clinique privée de réadaptation au Noirmont (Centre jurassien de réadaptation cardiovasculaire). Cette offre hospitalière indigène est complétée dans le domaine de la psychiatrie aiguë par une unité hospitalière médico-psychologique localisée à Delémont.

Depuis 1995, suite à la votation populaire du 28 novembre 1993 acceptant une modification de la Constitution cantonale, les trois sites de Delémont, Porrentruy et Saignelégier, ainsi que deux homes médicalisés (situés à Delémont et Saignelégier), sont réunis au sein d'un établissement autonome de droit public: le Centre de gestion hospitalière (CGH). Cette institution est dotée d'un Conseil d'administration et d'une Direction générale. Les sites qui y sont rattachés n'ont pas de personnalité juridique et ont le statut de succursales. A l'origine du CGH, une structure de direction verticale est conservée dans chacun des sites.

Problèmes rencontrés et réforme: Constatant à la fois le risque de disparition d'établissements de soins aigus sur le territoire cantonal jurassien ("déclassement" des soins intensifs pour la reconnaissance pour la formation des infirmières), les problèmes de recrutement de personnel qualifié (attractivité réduite du système hospitalier jurassien), le manque d'efficacité de la planification actuelle et surtout la volonté politique de mieux maîtriser l'évolution des charges hospitalières, le Gouvernement jurassien a soumis au Parlement son projet de plan hospitalier "Hôpital multisite du Jura" par son message du 23 octobre 2001. La principale réforme consistait à rendre complémentaires les deux hôpitaux principaux du CGH par le regroupement sur un seul site de certaines prestations hospitalières (maternités, blocs opératoires et soins intensifs); la mission de la clinique de réadaptation du Noirmont d'une part, et celle du site de Saignelégier, d'autre part, étant réservée. Par ailleurs, la mise en place d'un SMUR (Service médical d'urgence) était prévue pour garantir la qualité et la sécurité des urgences extrahospitalières sur tout le territoire cantonal.

Cette nouvelle entité ne différait pas du CGH d'un point de vue juridique et organisationnel. Pour bien indiquer qu'il s'agissait d'un nouveau projet, le Gouvernement a toutefois proposé de lui donner un nouveau nom plus proche de la réalité organisationnelle proposée.

Adaptation de la réforme: Suite à de fortes oppositions, surtout dans le district de Porrentruy, le Gouvernement a élaboré un nouveau projet, adopté par le Parlement le 26 juin 2002.

Le concept d'hôpital multisite (Hôpital du Jura) a été maintenu et réparti sur les deux sites principaux de Delémont et Porrentruy qui ont été considérés, à la différence du précédent projet, comme étant équivalents au niveau des prestations offertes; Delémont devenant toutefois l'hôpital de référence dans certains domaines spécifiques (soins intensifs, cas lourds, etc.).

Le nom donné au nouveau projet, "Hôpital du Jura" (H-JU), traduisait bien la volonté déjà exprimée en 1993 de considérer les différents sites comme faisant partie d'une structure intégrée.

Le précédent concept de complémentarité entre hôpitaux a été remplacé par celui de transversalité. La verticalité de la structure de chaque site est abandonnée au bénéfice d'une structure horizontale fondée sur six départements: soins, médical, ressources humaines, projets et qualité, finances, logistique et hôtelier, sous la houlette d'un directeur; l'ensemble formant le comité de direction.

Des mesures supplémentaires de rationalisation au niveau de la gestion interne de l'Hôpital du Jura sont en cours de réalisation. Ces mesures organisationnelles viennent s'ajouter aux mesures structurelles prises dans le cadre de la planification hospitalière et permettront des économies supplémentaires.

Tessin

Préambule. L'illustration de l'exemple tessinois en matière de gestion hospitalière mérite d'être abordée d'une manière plus approfondie par rapport aux stratégies adoptées par les autres cantons. En effet, depuis une vingtaine d'années, les hôpitaux publics du canton du Tessin sont gérés par un établissement de droit public, dénommé "Ente ospedaliero cantonale" (EOC). Au fil des années, sa structure et son organisation ont été adaptées aux exigences dictées par les nouvelles législations dans le domaine de la santé, mais aussi aux contraintes économiques. Les réflexions qui ont abouti au présent rapport se sont inspirées du modèle de l'EOC, comme d'ailleurs l'a fait le canton du Valais pour la création et la restructuration du Réseau santé Valais.

Historique. Un aspect particulier qui caractérise depuis toujours le canton du Tessin par rapport à d'autres cantons, tient de la proportion plus ou moins équivalente du nombre de lits dans les hôpitaux publics et privés. Jusqu'en 1963, l'assistance et la gestion hospitalière relevaient presque exclusivement de la compétence de fondations et associations privées. Avec la loi sur la coordination et le subventionnement des hôpitaux du 19 décembre 1963, l'Etat s'était engagé à aider financièrement les hôpitaux reconnus d'intérêt public.

La mue du système hospitalier public tessinois a commencé au début des années quatre-vingts. Les hôpitaux se trouvaient dans une situation financière très délicate. Les déficits des hôpitaux avaient atteint des chiffres astronomiques pour l'époque, tout comme le montant des subsides de l'Etat. Le rôle de ce dernier se limitait à gérer un secteur surdimensionné par rapport aux nécessités et à accepter ou refuser les propositions que lui soumettaient les hôpitaux. De plus, le mécanisme réglant les subsides de l'Etat aux institutions se basait uniquement sur la dotation en lits, occupés ou non.

A cette époque, les banques dont les créances vis-à-vis des hôpitaux atteignaient 234 millions de francs, n'étaient plus disposées à octroyer des crédits sur la base de la loi de 1963 ou d'une loi qui ne garantissait pas un redressement financier du secteur hospitalier. Dans ce contexte, la création d'un établissement autonome de droit public chargé de la coordination et de la gestion des hôpitaux s'était imposée comme étant une nécessité plutôt qu'un choix politique.

Création de l'EOC: L'EOC a été institué avec la loi sur les hôpitaux publics du 20 décembre 1982. Lors de sa création, le patrimoine de l'EOC se constituait des actifs et passifs des hôpitaux qui avaient décidé d'y participer (4 hôpitaux principaux et 3 hôpitaux périphériques). Deux tiers du financement de l'EOC étaient pris en charge par l'Etat, tandis que les communes participaient pour le tiers restant.

Pendant une vingtaine d'années, l'EOC a fonctionné sur la base d'une organisation très complexe et lourde où intervenaient 9 instances: le Grand Conseil, le Conseil d'Etat, le Conseil d'administration, la Direction générale, les directions de sites, la Conférence hospitalière (organe consultatif permanent du Conseil d'administration composées notamment de représentants des communes), un Conseil hospitalier pour chaque hôpital (chargé des tâches administratives et de gestion, prévoyant également une représentation des communes), une Assemblée des délégués des communes pour chaque district (chargée de nommer ses représentants au sein des Conseil hospitaliers et à se positionner sur les comptes et la gestion des hôpitaux de leur intérêt) ainsi que l'inspectorat des finances.

Avec le chevauchement des niveaux de gestion, à savoir le Conseil d'administration et la Direction générale d'une part, l'Assemblée des délégués des communes et les Conseils hospitaliers d'autre part, il n'y avait aucun principe d'unité de gestion et les responsabilités des acteurs étaient incohérentes. Ces aspects, qui résultaient de la présence d'une multitude d'acteurs, généraient aussi des coûts de fonctionnement supplémentaires.

Organisation actuelle de l'EOC: Au début de l'année 2000, plusieurs facteurs ont rendu nécessaire une réforme du cadre législatif régissant le domaine hospitalier. Il est intéressant de signaler trois éléments:

– Face aux changements rapides qui caractérisent le système sanitaire, notamment depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, la structure et l'organisation de l'EOC ne permettaient plus une gestion efficace du secteur hospitalier. Les rôles, les fonctions et les responsabilités répartis entre plusieurs autorités et organes empêchaient à l'EOC de s'adapter à toute nouvelle situation.

– En décembre 1997, le Grand Conseil tessinois avait approuvé la loi sur l'aide et les soins à domicile entrée en vigueur en janvier 2000. Cette loi prévoyait le renforcement et la restructuration de ce domaine, mais aussi une nouvelle définition de la répartition des charges et des compétences entre l'Etat et les communes en matière d'hôpitaux publics (EOC), des homes et des services d'aide et de soins à domicile.

Depuis janvier 2000, le financement de l'EOC est entièrement à charge de l'Etat. L'exonération de la participation financière des communes a donc rendu nécessaire le changement de l'organisation de l'EOC, notamment des organes qui le composaient, en particulier la Conférence hospitalière, les Conseils des hôpitaux et l'Assemblée des communes, qui n'avaient plus de raison d'exister. Un nouvel équilibre entre les niveaux décisionnels et financiers devait être établi.

– La redéfinition de l'organisation de l'EOC devait également s'inscrire dans un projet plus vaste ouvert par le Conseil d'Etat en 1999, visant l'introduction des méthodes du New Public Management au sein du service public cantonal, notamment l'adoption des outils tels que les contrats de prestations et la comptabilité analytique.

La loi sur les hôpitaux publics, qui avait institué l'EOC en 1982, a été remplacée par la loi sur l'EOC du 19 décembre 2000. Celle-ci a permis la transformation de l'EOC en une véritable entreprise publique, dotée d'une grande autonomie de gestion et d'action.

Lors de travaux de préparation de la loi sur l'EOC, les avantages et inconvénients de sa mutation en société anonyme ont été analysés. Le fait que la privatisation de l'EOC n'aurait pas comporté d'avantages particuliers et que la propriété du capital aurait dû rester nécessairement en mains de l'Etat, il a été décidé de maintenir le statut d'établissement de droit public. D'après le Conseil d'Etat tessinois, l'enjeu ne résidait pas tant dans la dénomination de la structure, publique ou privée, que dans la manière de définir les différents aspects, tels que la propriété des hôpitaux, les rapports de travail, les statuts, la résolution des conflits, les lois à appliquer, les tribunaux compétents, etc.

La nouvelle loi a simplifié la structure de l'EOC en identifiant aussi les responsabilités et les compétences par la désignation des principaux organes, à savoir le Conseil d'administration, la Direction générale et les directions des sites. Les compétences précédemment attribuées aux Conseils hospitaliers ont été réparties parmi ces organes. Comme dans le précédent fonctionnement, les autorités supérieures de l'EOC sont le Grand Conseil et le Conseil d'Etat. Au canton revient donc la fonction normative, notamment les décisions relatives à l'orientation de la politique sanitaire, l'allocation des ressources et le contrôle, tandis que l'EOC s'occupe de la fonction stratégique (Conseil d'administration) et de management (Direction générale).

Les points faibles de l'EOC: Si les réflexions du présent rapport s'inspirent notamment de l'exemple de l'EOC, il a été toutefois constaté certaines faiblesses de cette organisation, faiblesses dont il a été tenu compte lors de l'élaboration du projet d'EHM.

La loi prévoit que l'EOC négocie le contrat de prestations avec le Conseil d'Etat, lequel le soumet pour approbation au Grand Conseil. Dans le canton de Neuchâtel, la délégation des compétences relatives au domaine de la santé dans les mains du seul Conseil d'Etat simplifie grandement le processus et constitue donc une force à maintenir.

D'autre part, les membres du Conseil d'administration sont nommés par le Parlement d'après l'appartenance politique. Les principaux partis politiques y sont donc représentés. Nous considérons que la politisation du Conseil d'administration risque de compromettre son indépendance dans la gestion hospitalière.

Un dernier point faible réside en l'absence de transversalité au sein de l'EOC. L'organisation est basée sur les sites hospitaliers qui gardent une grande indépendance par rapport à l'EOC. Des réflexions sur une amélioration du fonctionnement en réseau sont actuellement en cours au Tessin.

Fribourg

Dans un postulat du 6 mai 1999, il a été demandé aux autorités cantonales d'étudier les conséquences d'une cantonalisation du financement des structures sanitaires: hôpitaux, établissements médico-sociaux, aide et soins à domicile. En réponse à ce postulat, le Conseil d'Etat fribourgeois a rédigé un rapport. Il s'agissait de présenter le contexte dans lequel s'inscrivait l'étude de la réforme des structures sanitaires et de fournir une évaluation du système actuel. Des changements dans la répartition du financement des

établissements sanitaires entre les communes et l'Etat sont proposés (désenchevêtrement des tâches). Afin de garder une vision globale du système, les trois secteurs cités ci-dessus ont été traités en parallèle.

Dans le canton de Fribourg, la réorganisation du secteur sanitaire a donc été entreprise sous l'angle du financement public. Pour le secteur hospitalier, la solution proposée entraîne une suppression de la participation des communes dans le financement des hôpitaux. Cette nouvelle situation n'est pourtant pas gérable si les statuts juridiques des établissements communaux devaient subsister. De ce fait, il est actuellement envisagé de créer un établissement autonome de droit public regroupant les institutions existantes et qui permettrait une clarification des compétences de chacun.

Situation actuelle: Le canton de Fribourg est doté de six établissements hospitaliers publics et de trois cliniques privées qui assurent la couverture des besoins en soins somatiques et psychiatriques de la population fribourgeoise.

Le système hospitalier fribourgeois est fortement marqué par la diversité des formes juridiques de ses différents établissements. En effet, il est constitué de deux établissements de droit public, de deux hôpitaux appartenant à des associations de communes, et d'un hôpital multisite (trois sites) résultant d'un contrat de société simple signé par trois associations de communes. Un hôpital intercantonal sur deux sites (Hôpital Intercantonal de la Broye, HIB) complète cette liste. Ce dernier est le fruit d'un contrat de société simple conclu entre deux associations de communes, l'une de droit public dans le canton de Fribourg, l'autre de droit privé dans le canton de Vaud.

Problèmes constatés et réforme envisagée: Devant faire face à des problèmes liés à la complexité des organes de gestion, aux difficultés de coordination (planification hospitalière) et de maîtrise des questions financières, à l'augmentation des déficits, au manque d'uniformité des informations ainsi qu'au déséquilibre entre les différentes régions, le Conseil d'Etat fribourgeois envisage actuellement une réforme des structures hospitalières cantonales. En effet, il désire confier l'ensemble du système hospitalier somatique à un établissement autonome de droit public doté de la personnalité juridique, portant le nom de "Réseau hospitalier fribourgeois" (RHF). Ce dernier doit bénéficier d'une grande indépendance dans sa gestion.

Selon le rapport du Conseil d'Etat, cet établissement doit permettre de répondre à cinq objectifs principaux:

– garantir l'égalité de traitement dans la prise en charge dans les différents domaines sanitaires;

– définir clairement les compétences décisionnelles et les responsabilités financières;

– développer un système d'allocation internes des ressources incitant à adopter un comportement économique;

– mettre en réseau des institutions pour bénéficier d'un maximum d'efficacité (réduction des capacités superflues et concentration des forces existantes);

– maîtriser les coûts.

Le RHF est doté d'un Conseil d'administration et d'une direction générale. Chaque module (site) du RHF est géré par un directeur opérationnel, lui-même subordonné au directeur général dont les pouvoirs couvriraient l'ensemble des activités. Une solution particulière doit être trouvée pour l'Hôpital Intercantonal de la Broye qui ne pourrait pas

être considéré comme une succursale du RHF en raison de son statut juridique spécifique.

Ce système en réseau doit permettre d'assurer une direction cohérente et de réaliser des économies d'échelle tant sur les plans administratifs et techniques que financiers (facturation commune, politique d'achat commune, négociations tarifaires, etc.). Sur le plan médical, une organisation transversale des services doit prendre place afin de favoriser la qualité des prestations et la prise en charge adéquate des patients.

Ainsi, le choix se porte sur la création d'une structure faîtière indépendante des services de l'Etat, tout en garantissant un contrôle démocratique prévu habituellement pour l'utilisation de l'argent public. De plus, le Conseil d'Etat a choisi d'associer les communes à la gestion du système, en particulier par le biais de représentants dont elles disposeraient dans les organes de gestion de l'établissement.

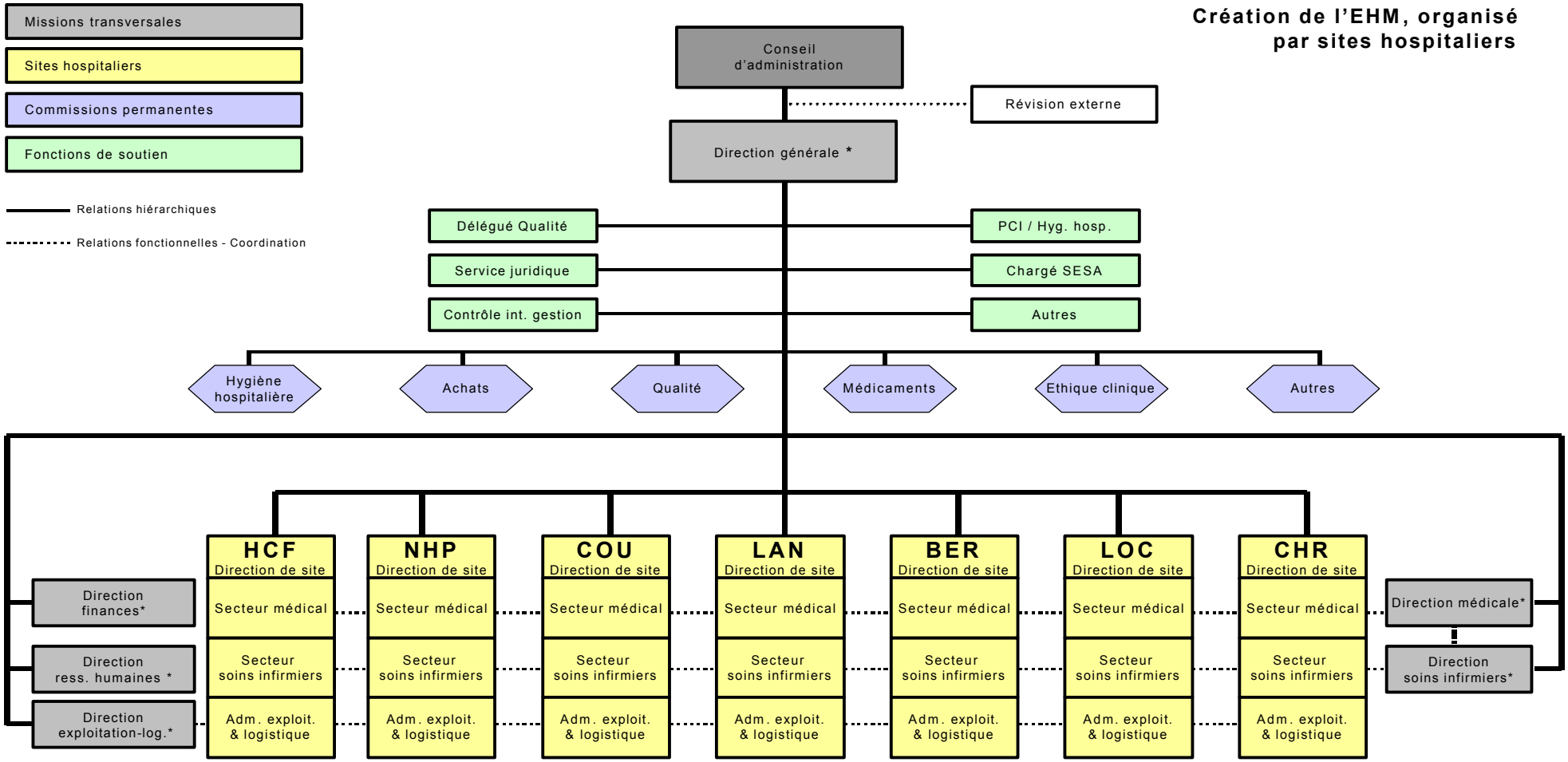
Du point de vue financier, la création du RHF implique un nouveau mode de répartition des charges des institutions socio-sanitaires entre l'Etat et les communes. Si actuellement elles sont enchevêtrées entre les deux niveaux politiques, il est envisagé de supprimer purement et simplement la répartition des charges entre communes et canton, en les imputant en totalité au canton. Pour compenser ce transfert de tâches et de charges, il est prévu d'adapter l'assiette fiscale entre communes et canton. Ce procédé assure la neutralité des dépenses entre les communes et le canton.

SCHEMAS D'ORGANISATION

Organigramme EHM n° 1

Première phase:

Création de l'EHM, organisé par sites hospitaliers



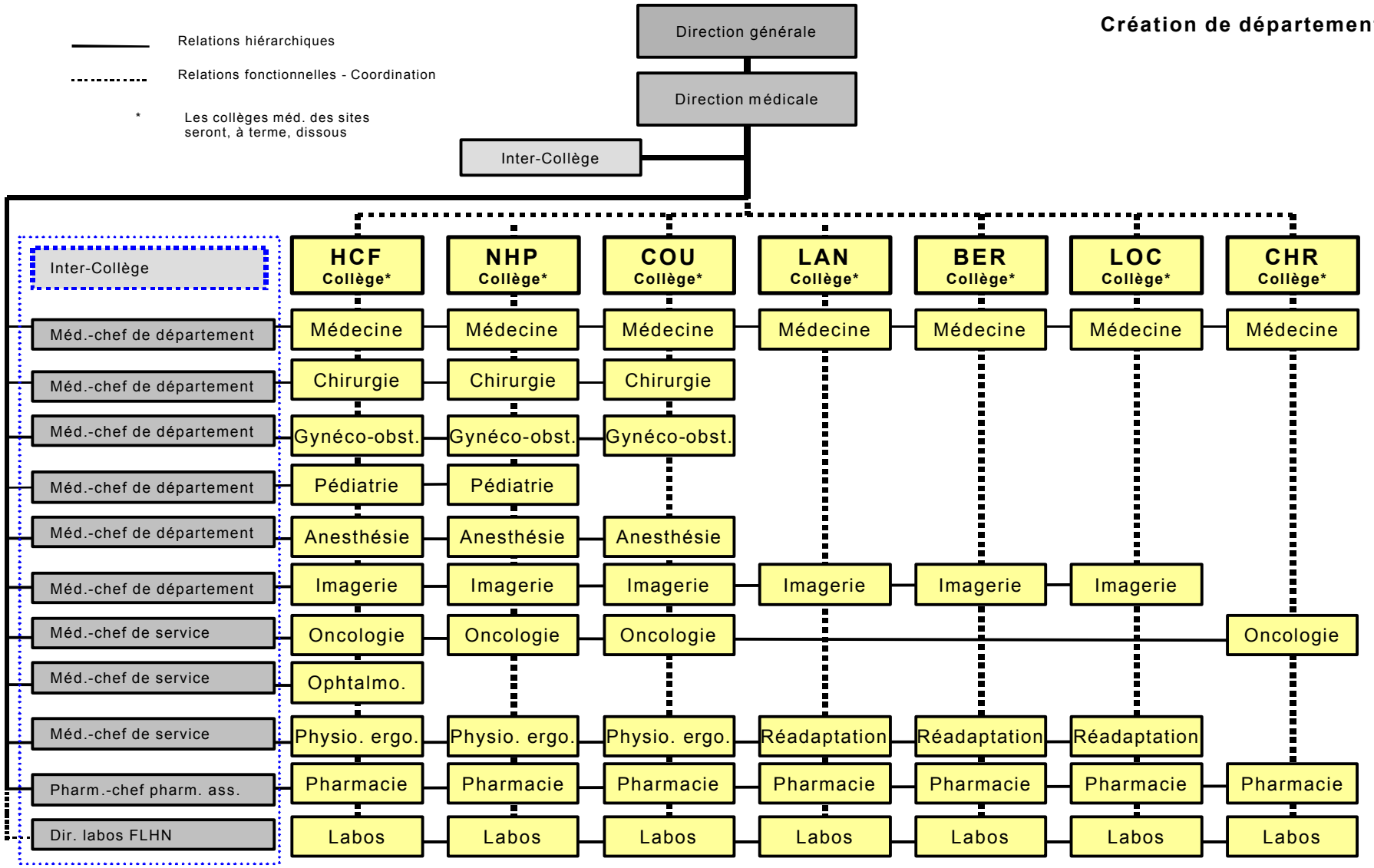
HCF: La Chaux-de-Fonds
NHP: Nouvel hôpital Pourtalès
COU: Couvet
LAN: Landeyeux

BER: La Béroche
LOC: Le Locle
CHR: La Chrysalide
* Les directeurs-directrices des unités fonctionnelles font partie de la Direction générale

Organigramme EHM n° 2 - Secteur médical

Deuxième phase:

Création de départements médicaux



NB : Il s'agit ici d'une illustration de ce qui pourrait être l'organisation du secteur médical et il ne traite pas exhaustivement tous les services hospitaliers.

Organigramme EHM n° 3 – Unités de gestion

Troisième phase:

Organisation transversale de l'EHM, création des Unités de gestion

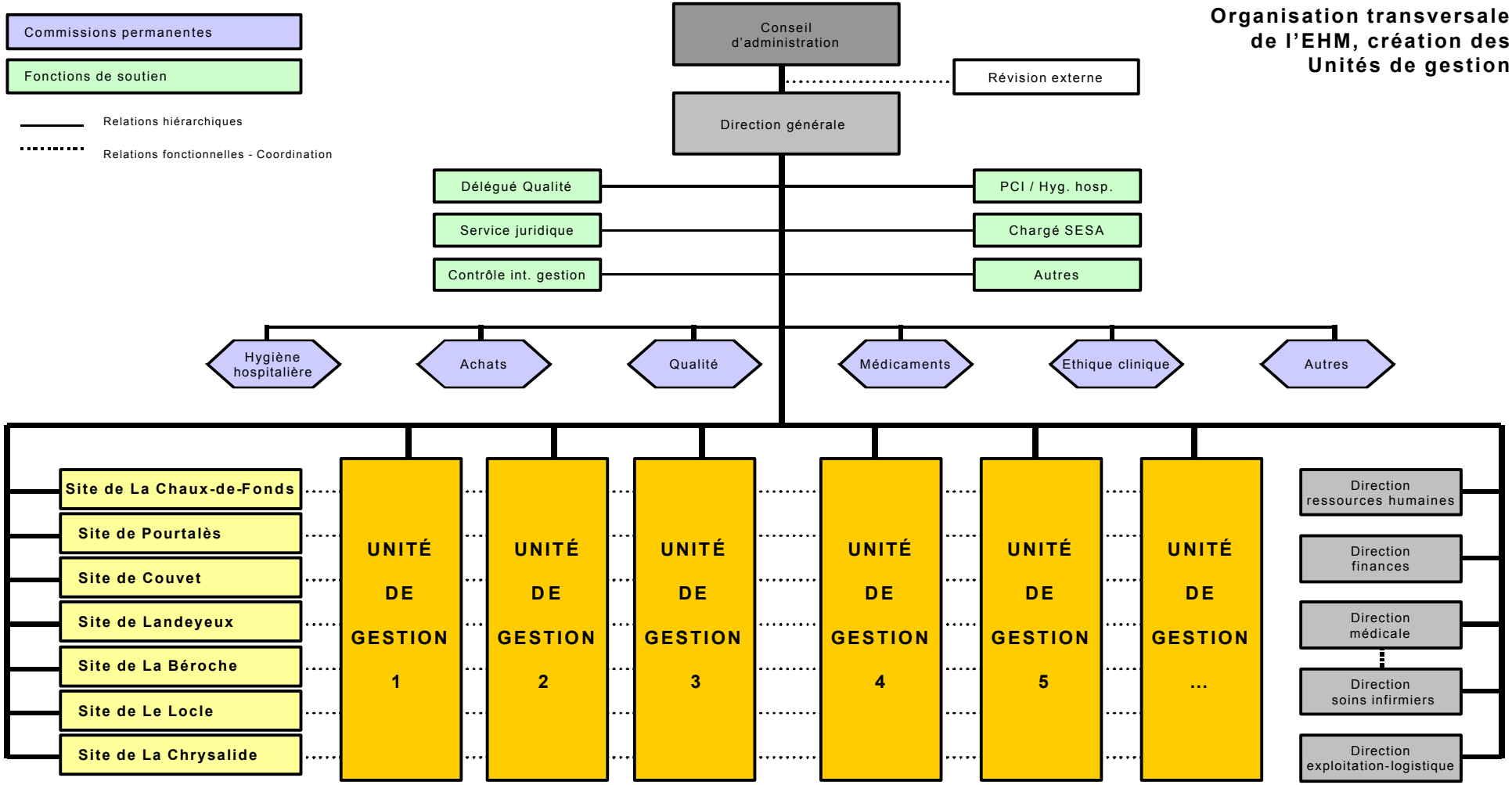


TABLE DES MATIÈRES

		Pages
RESUME		1
1.	**INTRODUCTION**	3
2.	**DÉMARCHE**	4
2.1.	Premier rapport sur l'EHM	4
2.2.	Consultation	4
2.3.	Groupe de travail	5
2.4.	Rapport final et loi sur l'EHM	6
3.	**CONTEXTE**	7
3.1.	Planification sanitaire	7
3.2.	Défis à venir	8
3.2.1.	Changement du mode de financement des hôpitaux	9
3.2.2.	Révision de la LAMal	10
3.2.3.	Qualité des soins et sécurité des patients	13
3.2.4.	Attractivité de nos hôpitaux pour les médecins et les autres professionnels de la santé	13
3.2.5.	Capacité financière du canton, respectivement de la population	14
3.2.6.	Facteurs démographiques	15
3.2.7.	Conventions tarifaires avec les assureurs	15
4.	**LIMITES DU SYSTÈME ACTUEL**	16
4.1.	Coût du système hospitalier neuchâtelois	16
4.2.	Coopération interhospitalière	17
4.3.	Services cantonaux	17
4.4.	Relations entre l'Etat et les hôpitaux	18
4.5.	Rôle et compétences des Conseils de fondation et des villes	19
5.	**OBJECTIFS**	19
6.	**SITUATION DANS LES AUTRES CANTONS**	20
7.	**SOLUTION**	21
8.	**ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER MULTISITE DE DROIT PUBLIC (EHM)**	22
8.1.	Hôpitaux concernés	22
8.2.	Établissements psychiatriques et EHM	22
8.3.	Nature juridique de l'EHM	24
8.4.	Rôle de l'Etat	27
8.4.1.	Le Grand Conseil	27
8.4.2.	Le Conseil d'Etat	28
8.4.3.	Le Conseil des hôpitaux	28
8.4.4.	Le Conseil de santé	28
8.5.	Organisation de l'EHM	29
8.5.1.	Politique du personnel	30
8.5.2.	Caisses de pensions	31
8.5.3.	Le Conseil d'administration	32
8.5.4.	La Direction générale	33
8.5.5.	Les unités fonctionnelles	33
8.5.6.	Directions des sites	36
8.5.7.	Unités de gestion	36
8.5.8.	Fonctions de soutien	37
8.5.9.	Commissions permanentes	37

8.5.10. CIGES 37
8.5.11. Autres organes 37
8.6. Coût de l'opération 38
8.6.1. Frais liés à la création de l'EHM 38
8.6.2. TVA 39

9. RÉGIME DE FINANCEMENT 39

9.1. Principes 40
9.2. Composition du cadre budgétaire 40
9.2.1. Prestations collectives 41
9.2.2. Prestations individuelles 41
9.3. Financement par pathologie des hôpitaux de soins physiques 42
9.3.1. Projet neuchâtelois 42
9.3.2. Phase de transition 43
9.4. Hospitalisations hors canton 44
9.5. Financement d'un hôpital hors de l'EHM 44

10. CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE 45

10.1. L'EHM est un outil 45
10.2. Protection des structures 46
10.2.1. Maintien des sites actuels 46
10.2.2. Conservation de l'importance relative des sites 46
10.3. Devenir des propriétaires actuels des hôpitaux 47
10.3.1. Fondations 47
10.3.2. Hôpitaux communaux 47
10.3.3. Patrimoine hospitalier des fondations et des villes 48
10.4. Cadre des négociations 48

11. CONSÉQUENCES 48

11.1. Avantages 48
11.1.1. Clarification des responsabilités et des rôles 48
11.1.2. Protection des sites 48
11.1.3. Pilotage du système 49
11.1.4. Organisation cantonale des services médicaux: un enjeu de qualité 50
11.1.5. Négociations tarifaires 50
11.1.6. Capacités d'évolution 51
11.2. Risques 51
11.2.1. Situation de monopole 51
11.2.2. Garantie de déficit 52
11.3. Devenir d'un hôpital hors de l'EHM: La Providence 52
11.4. Modifications législatives 54

12. CALENDRIER 54

13. CONCLUSION 54

Loi sur l'établissement hospitalier multisite (LEHM) 57

ANNEXES:
– annexe A: organismes consultés 69
– annexe B: autres cantons 70
– annexe C: schémas d'organisation 80