PLANIFICATION HOSPITALIÈRE NEUCHÂTELOISE 24.053

Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil
concernant
la deuxième étape de la planification hospitalière neuchâteloise (conditions-cadres)
et à l'appui
d'un projet de loi portant modification de la loi de santé (planification hospitalière)

(du 18 décembre 2024)

Madame la présidente, Mesdames et Messieurs,

RÉSUMÉ

Suite à l'évaluation des besoins en soins hospitaliers stationnaires (1ère étape – rapport 20.047) et leur actualisation adoptée par le Conseil d'État le 14 septembre 2022, le présent rapport décrit la 2e étape de la planification hospitalière. Elle consiste à définir les conditions-cadres régissant l'accès à la liste hospitalière cantonale, soit celles qu'une institution hospitalière (hôpital, clinique ou maison de naissance) doit respecter afin de figurer sur la liste hospitalière. Ce nouveau rapport est le fruit des travaux menés en concertation avec les acteurs de la santé concernés à la suite de l'arrêt du Tribunal administratif fédéral en 2021.

Depuis la précédente planification hospitalière, la loi de santé (LS), adoptée le 1er septembre 2015 et entrée en vigueur le 1er janvier 2016, prévoit que « le Grand Conseil approuve la planification hospitalière, notamment la planification des besoins et la liste des conditions à remplir pour figurer sur la liste hospitalière (…) ». Cette disposition octroie des compétences élargies au Grand Conseil et implique désormais de soumettre à son approbation l'évaluation des besoins en soins, puis les conditions-cadres (objet du présent rapport).

Le Conseil d'État vous propose de modifier la loi de santé neuchâteloise pour pérenniser ces conditions et apporter ainsi une meilleure stabilité au système. L'adoption d'une modification de la loi présente aussi l'avantage que la liste des conditions fera l'objet d'un débat démocratique et sera au besoin soumise au référendum facultatif, ce qui représente un gain de transparence et de légitimité.

Dans cette optique, le projet de loi préparé par le Conseil d'État propose de préciser les exigences que doivent remplir les institutions qui désirent postuler pour un mandat de prestations de soins et être inscrites sur la liste hospitalière sous la forme de conditions d'admission (chapitre 2). Elles correspondent pour l'essentiel à celles définies dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et ses ordonnances d'application (art. 89e alinéa 1). Des exigences spécifiques au canton de Neuchâtel, s'inscrivant dans le respect des critères du cadre fédéral, sont également prescrites. Enfin, le projet énonce les obligations qui vont régir l'exécution du mandat de prestations ; l'institution qui postule est donc déjà rendue attentive sur ce qui sera attendu d'elle dès lors qu'elle est inscrite sur la liste hospitalière neuchâteloise (chapitre 3).

Pour répondre à un besoin de clarification, un article dédié à la planification médico-sociale (PMS) distingue les règles régissant cette planification de celles s'appliquant à la planification hospitalière.

Le projet de loi explicite clairement le cadre des travaux d'élaboration d'une planification hospitalière et concrétise des dispositions en cas de planification intercantonale. À l'instar de la planification précédente, il prévoit la possibilité pour le Conseil d'État de recourir à un système de gestion des

quantités et de déroger à certaines conditions si la couverture des besoins de la population rend nécessaire l'admission d'une institution sur la liste hospitalière.

Les conditions s'articulent en deux parties. La première porte sur un renvoi dynamique aux conditions prescrites au niveau fédéral et détermine les exigences spécifiques au canton de Neuchâtel, s'inscrivant dans le respect des critères du cadre fédéral. Parmi celles-ci figurent, notamment, la nécessité de garantir des conditions de travail adéquates pour le personnel médico-soignant et médico-technique, la garantie d'une masse critique suffisante, l'application d'un concept de prise en charge des patient-e-s assurant la liaison avec les fournisseurs de prestations en amont et en aval, ainsi que l'engagement en matière de développement durable.

Dans la seconde sont fixées les obligations que les institutions hospitalières s'engagent formellement à respecter en cas d'attribution de mandats, lesquelles déterminent le cadre dans lequel l'État entend collaborer avec les hôpitaux et maisons de naissance figurant sur la liste hospitalière cantonale. Ainsi, les institutions pourront décider de solliciter ou non un mandat de prestations en toute connaissance des « règles du jeu ». Ces obligations correspondent très largement aux engagements définis dans la planification précédente. Deux principales nouveautés ont été introduites : l'exigence de mettre en œuvre des mesures de protection contre les cyberrisques et en faveur de la cybersécurité et l'obligation de s'engager en matière de développement durable.

En outre, le projet prévoit aussi la possibilité de sanctionner les institutions elles-mêmes pour le non-respect de la loi, et non plus leurs seul-e-s dirigeant-e-s, ainsi que le rehaussement du niveau de la sanction financière.

Enfin, le Conseil d'État saisit l'occasion de cette modification de loi pour apporter des éléments de simplification à la procédure concernant les autorisations de mise en service d'équipements lourds.

Consultés, les milieux concernés ont eu l'occasion de prendre position sur l'avant-projet de rapport du Conseil d'État (chapitre 4.1). Les prises de positions reçues saluent l'intention et s'expriment largement en faveur du projet, tant sur le fond que sur la forme. Les points d'achoppement portaient essentiellement sur les thématiques de la masse critique, l'exigence du respect de l'obligation d'admission, enfin les exigences relatives aux conditions d'engagement et de rémunération des médecins, cette dernière disposition ayant été écartée à la suite de la consultation externe, respectivement du Conseil de santé. En outre, il a été proposé que l'obtention du mandat pour le groupe de prestations « Paquet de base » (PB) constitue un critère de priorité pour l'attribution de mandats pour des groupes de prestations relevant de domaines spécialisés. Suite à cette consultation, le présent projet intègre certaines adaptations juridiques tenant compte du cadre légal, sans toutefois modifier sa structure ni son essence.

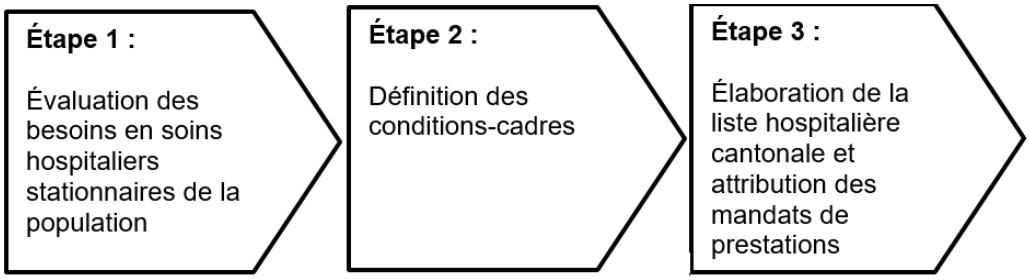
1. INTRODUCTION

1.1. Rappel du processus de planification hospitalière

En application des dispositions fédérales (loi fédérale sur l'assurance- maladie – LAMal) et cantonales (loi de santé – LS) en la matière, le Conseil d'État a décidé d'élaborer une nouvelle planification hospitalière et d'arrêter une nouvelle liste hospitalière. Tel qu'explicité dans le chapitre 2.5. du précédent rapport du Conseil d'État sur la planification hospitalière neuchâteloise 2023 sur l'évaluation des besoins[1], la prochaine planification hospitalière neuchâteloise porte exclusivement sur l'ensemble des soins somatiques hospitaliers stationnaires aigus et ne couvre donc pas les soins de réadaptation et de psychiatrie. Ces derniers seront – au besoin – traités séparément dans un deuxième temps. Se basant sur les trois phases principales prévues dans les dispositions de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal, art. 58b), le Conseil d'État a pris l'option d'organiser ses travaux de planification en trois étapes principales, décrites dans la Figure 1 ci-dessous, à savoir :

[1] www.ne.ch > autorités > GC > objets > documents > rapports > 20.047.

Figure 1 Processus de la prochaine planification hospitalière neuchâteloise



La première étape a pour objectif de prévoir les besoins en soins hospitaliers stationnaires de la population. En date du 30 mars 2021, le Grand Conseil a adopté le rapport 20.047 du Conseil d'État concernant la planification hospitalière neuchâteloise, 1ère partie – évaluation des besoins – exercices 2023 et suivants, lequel portait uniquement sur le domaine des soins aigus somatiques. Dans le même temps, le Grand Conseil a également adopté un décret dont l'article 2 donne compétence au Conseil d'État d'« *actualiser les projections de l'évaluation des besoins en soins hospitaliers stationnaires, notamment en fonction de l'évolution des bases statistiques, techniques et scientifiques* ».

Suite à la décision du Tribunal administratif fédéral (TAF) du 17 septembre 2021 (arrêt C- 7017/2015), les travaux d'élaboration de la planification hospitalière neuchâteloise ont été temporairement suspendus afin de prendre connaissance et de tirer les conséquences des considérants et conclusions de cet arrêt, lequel comporte de nombreux points importants pour l'élaboration de la future planification hospitalière. Qui plus est, la gestion de la pandémie de la COVID-19 a mobilisé de nombreuses ressources au sein des équipes du service de la santé publique ainsi que des prestataires de soins, au détriment des travaux de préparation de la future planification hospitalière cantonale.

En regard des points cités ci-dessus, il est apparu utile au Conseil d'État de saisir cette occasion pour procéder à une actualisation des projections, dans le cadre défini par le Grand Conseil en mars 2021. Ainsi, le Conseil d'État a adopté par arrêté du 14 septembre 2022 de nouvelles projections des besoins en hospitalisations stationnaires de la population neuchâteloise en se basant sur les données des statistiques disponibles les plus récentes (datant d'avant la pandémie de la COVID- 19), à savoir la statistique médicale de l'année 2019 (MS 2019), et, d'autre part, sur la version la plus récente du concept de Groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH), élaboré par la Direction de la santé du canton de Zurich (GD ZH), et conçue pour l'année 2023, à savoir le GPPH 2023 version akut-spl23-10.99.13.

Ceci étant, le niveau et la teneur des hospitalisations stationnaires réalisées depuis la fin de la pandémie ayant évolué comparativement à la situation avant pandémie, le Conseil d'État a pris l'option d'actualiser à nouveau les projections des besoins en soins aigus somatiques sur la base des données statistiques de l'année 2023 (MS 2023).

La deuxième étape du processus de la planification hospitalière vise à déterminer les conditions d'accès à la liste hospitalière, c'est-à-dire les conditions qu'une institution hospitalière (hôpital, clinique ou maison de naissance) se doit de respecter afin de figurer sur la liste hospitalière et de se voir attribuer un ou plusieurs mandats de prestations, conformément à l'actuel article 83a de la LS.

Cette deuxième étape a également été réalisée et a fait l'objet du rapport 21.017 du Conseil d'État au Grand Conseil concernant la planification hospitalière neuchâteloise 2023 (conditions-cadres) et à l'appui d'un projet de loi portant modification de la loi de santé (planification hospitalière), du 29 mars 2021, lequel fut transmis au Grand Conseil pour traitement. En juin 2021, la commission Santé du Grand Conseil (CSGC) initiait ses travaux d'examens du rapport et du projet de modification de la loi de santé (planification hospitalière). Peu de temps après, le TAF rendait son arrêt C-7017/2015 du 17 septembre 2021, suite au recours déposé par Swiss Medical Network (SMN) à l'encontre de la planification hospitalière 2016. Ceci a obligé le gouvernement à suspendre le processus parlementaire afin d'analyser la teneur de l'arrêt et son éventuel impact, d'une part, sur l'évaluation des besoins déjà adoptée (rapport 20.047 du Conseil d'État), et d'autre

part, sur les discussions en cours concernant le projet de conditions-cadres[2] (rapport 21.017). Cette analyse a montré qu'il était nécessaire de revoir le projet de conditions-cadres, ce à quoi le service cantonal de la santé publique (SCSP) s'est attelé, en tenant compte des enseignements à tirer de l'arrêt du Tribunal administratif fédéral (ATAF) C-7017/2015.

Cette deuxième étape est nécessaire pour réaliser la troisième et ultime étape, qui consiste en l'élaboration de la liste hospitalière, à la suite d'un appel d'offres relevant de la compétence du Conseil d'État.

1.2. Conditions-cadres définies pour la prochaine planification hospitalière

Les conditions-cadres, objets du présent rapport, ont été définies à la lumière des enseignements résultant des deux planifications hospitalières précédentes ainsi que de l'arrêt C-7017/2015 du Tribunal administratif fédéral, dont les points clés sont résumés ci-après.

1.2.1. Enseignements de la planification hospitalière 2012 – 2014 / 2015

Dans le cadre de l'élaboration de la liste hospitalière 2012 - 2014, le Conseil d'État a fixé, dans un arrêté du 6 septembre 2011[3], une série de critères à remplir par les hôpitaux pour figurer sur ladite liste et pouvoir se voir octroyer des mandats de prestations. Il entendait ainsi garantir une analyse transparente et un traitement équitable de l'ensemble des hôpitaux publics et privés lors de l'ultime étape du processus de planification hospitalière que constituent l'établissement de la liste hospitalière cantonale et l'octroi des mandats de prestations aux hôpitaux.

Dans cet arrêté, il a retenu deux types de critères :

– des critères impératifs que tous les fournisseurs de prestations (hôpitaux et maisons de naissance) devaient remplir pour pouvoir participer à la procédure d'octroi, notamment l'obligation d'admission de tous les patient-e-s LAMal, la justification d'une masse critique suffisante pour garantir la qualité des prestations, la sécurité de la prise en charge et l'application des conditions de travail selon la CCT Santé 21 ;

– des critères d'attribution qui devaient permettre au Conseil d'État d'effectuer un choix définitif pour l'octroi des mandats parmi les fournisseurs de prestations (hôpitaux et maisons de naissance) remplissant les critères impératifs, lorsque l'offre était supérieure aux besoins planifiés, notamment l'économicité et la qualité des prestations ou l'accès aux traitements.

Un établissement a fait recours contre cet arrêté auprès du Tribunal fédéral (TF) : ce dernier a considéré qu'il était sans objet du moment que l'institution figurait sur la liste hospitalière pour l'ensemble des mandats qu'elle avait sollicités. Le TF a néanmoins relevé qu'il ne serait probablement pas entré en matière sur la conclusion principale du recours tendant à l'annulation globale de l'arrêté (arrêt du TF du 12 avril 2012, 2C825/2011, consid. 2.2.6). En l'occurrence, il a considéré que seul un des seize critères contenus dans cet arrêté, à savoir celui demandant l'adhésion de l'institution hospitalière à l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), comme potentiellement inadéquat (contraire à la liberté d'association garantie par la Constitution fédérale), ce qui ne remet pas en cause la volonté de renforcement de la qualité exprimée par le Conseil d'État par cette condition. Au passage, on relèvera que l'établissement était de toute façon membre de l'ANQ.

Une autre clinique neuchâteloise a, de son côté, recouru contre l'arrêté fixant la liste hospitalière 2012 – 2014 du 21 décembre 2011 devant le Tribunal administratif fédéral (TAF). Celui-ci a rejeté le recours validant ainsi le processus retenu, les choix effectués ainsi que les critères appliqués par le Conseil d'État lors de l'élaboration de cette liste. Le critère de la justification d'une masse critique suffisante a notamment été validé par le TAF (ATAF du 28 janvier 2014, C-401/2012).

---

[2] Voir le communiqué de presse du Conseil d'État et de Swiss Medical Network du 27 septembre 2021.

[3] Arrêté du Conseil d'État fixant les conditions à remplir par un hôpital pour pouvoir figurer sur la liste hospitalière cantonale pour les années 2016 et suivantes, du 6 septembre 2011, à consulter sur :
www.ne.ch > accueil > législation et jurisprudence > publications dans la feuille officielle > arrêtés et règlements du Conseil d'État > 2011.

1.2.2. Enseignements de la planification hospitalière 2016

Les années de pratique de la planification hospitalière 2016 permettent de tirer les principaux enseignements suivants.

Cette période a permis d'expérimenter les contraintes et difficultés de la gestion des limitations de quantités attribuées pour les six domaines de prestations électives concernés[4]. En effet, si l'attribution de mandats de prestations au niveau des groupes de prestations (GPPH) continue à faire pleinement sens pour une planification efficace, il s'est avéré que la gestion des quantités à ce même niveau de granularité, à savoir le groupe de prestations, comporte des risques de biais de systématique. C'est pourquoi une gestion des quotas a été appliquée au niveau des domaines de prestations (DPPH), niveau plus large que les groupes, solution pragmatique qui concède à l'hôpital inscrit une certaine souplesse dans l'application.

Par ailleurs, il est observé que le mécanisme de financement à la prestation qui a été introduit au niveau national en 2012 a pour effet d'inciter à l'augmentation des volumes de prestations de soins réalisés. Il induit, par voie de conséquence, un biais systémique contre lequel le canton n'est que partiellement en mesure de se prémunir ou de lutter efficacement de manière individuelle.

Il est utile de relever que, durant la période de la planification 2016, un prestataire cantonal de soins a refusé de façon systématique et réitéré de signer un contrat de prestations avec l'État, et ce en dépit de son engagement, lors du dépôt de candidature, à honorer la condition générale 3.3.1 « *Contrat de prestations* ». Il convient dès lors de s'interroger sur les moyens dont l'État devrait se doter pour contraindre les institutions hospitalières figurant sur la liste à respecter les engagements pris lors de leur postulation à l'attribution des mandats ou pour tirer des conséquences plus tranchées de tels refus.

Enfin, à l'occasion de la votation cantonale du 26 novembre 2017, 76.55% des Neuchâteloises et Neuchâtelois se sont déclaré-e-s favorables au maintien de la CCT Santé 21 pour le personnel de la santé. Ce résultat traduit ainsi leur attachement à des conditions de travail attractives et équitables, qui permettent une prise en charge de qualité au sein des institutions de soins du canton alors qu'elles risquent d'être constamment remises en cause dans le contexte de concurrence imposé par la LAMal, ces conditions étant également raisonnables, c'est-à-dire limitées vers le haut et contribuant ainsi à l'économicité des prestations.

1.2.3. Enseignements de l'arrêt C-7017/2015 du Tribunal administratif fédéral suite au recours sur la planification hospitalière neuchâteloise 2016

Dans son arrêt C-7017/2015 du 17 septembre 2021, le TAF a examiné en détail de nombreux aspects relevant des travaux de planification hospitalière 2016 et suivants. Il s'est penché, en particulier, sur la compatibilité avec le droit fédéral des critères et exigences sur lesquels se fonde l'analyse des candidatures des établissements hospitaliers. Sous peine de voir les décisions prises à nouveau remises en cause par cette autorité, il a été tenu compte de ses considérants lors de la rédaction des nouvelles conditions à appliquer dans le cadre de la planification hospitalière objet du présent rapport.

1.2.3.1. Généralités

Pour rappel, les conditions-cadres de la planification hospitalière neuchâteloise pour les années 2016 et suivantes étaient articulées selon les trois catégories suivantes : les critères impératifs qui définissent les conditions d'accès pour participer au processus d'octroi des mandats de prestations, les conditions générales qui fixent le cadre dans lequel l'État entend collaborer avec les prestataires et, enfin, les critères d'adjudication qui permettent au Conseil d'État d'effectuer un choix entre plusieurs candidatures ayant rempli les critères impératifs et conditions générales lorsque l'offre est supérieure aux besoins en soins.

[4] Les six domaines sont l'oto-rhino-laryngologie (ORL), l'ophtalmologie, l'urologie, l'orthopédie, la rhumatologie et la gynécologie.

Le TAF a déclaré ce procédé non conforme à la législation fédérale considérant qu'un tel agencement des conditions cadre avait pour effet d'établir un système de hiérarchisation non admissible des critères de l'article 58b de l'OAMal, (ATAF C-7017/2015, consid. 7.1.3.4).

De manière générale, le TAF rappelle que « *pour autant qu'ils respectent les critères de planification uniformes précités, à savoir la couverture des besoins en soins, but de la planification hospitalière, la qualité et l'économicité des prestations, les cantons disposent d'une large marge de manœuvre dans le choix des conditions dont ils souhaitent faire dépendre l'accès des hôpitaux à la liste hospitalière et l'octroi de mandats de prestations* » (consid. 10.5.5). En outre, « *les cantons sont compétents pour formuler dans les mandats de prestations des obligations à respecter préalablement à l'inscription sur la liste hospitalière, dans la mesure où ces exigences ont trait à la couverture des besoins de la population. […] Toutefois, les cantons ne sont pas autorisés à fixer dans leurs mandats de prestations des exigences supplémentaires non conformes à la LAMal. Ainsi, dans la mise en oeuvre des critères de planification, les cantons disposent d'un large pouvoir d'appréciation, mais doivent légiférer sans violer le sens et l'esprit de la législation fédérale, ni ne contredire son but* » (consid. 10.5.2).

1.2.3.2. Clause de dérogation

En vertu de l'article 1 alinéa 5 de l'arrêté du 17 décembre 2014 définissant les conditions-cadres applicables aux travaux de la planification hospitalière 2016, l'autorité cantonale s'est dotée d'une clause de dérogation selon laquelle elle peut admettre sur la liste hospitalière, à titre exceptionnel, des établissements qui ne remplissent pas tous les critères impératifs et conditions générales requises, pour autant qu'ils soient jugés nécessaires à la couverture des besoins de la population. Dans un tel cas, il est alors prévu d'octroyer un mandat de prestations sous condition, assorti d'exigences à remplir dans un délai donné.

Le TAF indique que « *l'art. 58b OAMal ne prévoit pas de possibilité de dérogation à ces critères, lesquels sont expressément mentionnés dans la loi sans qu'une exception à leur application n'y soit prévue. On ne saurait dès lors admettre qu'il entre dans le pouvoir d'appréciation d'un canton de déroger complètement aux critères précités, en particulier aux critères de qualité et d'économicité, que ce canton est tenu d'appliquer dans l'évaluation et le choix de l'offre* » (consid. 7.2.3.4). Or, selon l'analyse du TAF, la clause de dérogation telle que conçue dans l'arrêté du 17 décembre 2014 « *permet précisément d'accorder des mandats de prestations à un hôpital, alors même que celui-ci ne remplirait pas l'entier des critères et conditions prévus par le Conseil d'État […] et ce quel que soit le critère ou quelle que soit la condition que cet hôpital ne réalise pas.* » Le TAF rappelle, par ailleurs, avoir jugé par le passé l'attribution, dans le cadre de la planification zurichoise, d'un mandat de prestations pour une période limitée à un hôpital qui ne remplissait pas toutes les conditions requises, comme conforme au droit dans la mesure où la légalité des mandats provisoires en question était questionnée « *uniquement dans le cadre d'un élément du critère de la qualité […] et non pas la légalité d'une clause permettant de déroger à tout critère.* » Ainsi, le TAF reconnaît pleinement « *l'existence d'une marge de manœuvre des cantons quant à l'application différée d'un élément de la définition du critère de la qualité, par exemple* ». Toutefois, il juge « *qu'on ne saurait déduire des textes légaux la possibilité d'une dérogation complète à ces critères* » telle que prévue par la clause de dérogation formulée à l'époque dans les conditions-cadres appliquées pour la planification hospitalière neuchâteloise 2016, laquelle est donc non conforme au droit.

1.2.3.3. Critère de disponibilité et de capacité

S'agissant de l'application des exigences requises dans le modèle GPPH comme critère dans la planification hospitalière neuchâteloise, le TAF la reconnaît comme « *conforme aux critères posés aux art. 58b al. 4 et 5 OAMal, dans la mesure où l'ensemble des exigences spécifiques qu'il prévoit, relatives à la qualité des structures et des processus, sert à évaluer et garantir non seulement la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir ses mandats de prestations, mais également la qualité des prestations fournies et la sécurité des patients* » (consid. 8.3).

1.2.3.4. Critère de la qualité, masse critique

Selon les conditions-cadres prévalant lors de la planification 2016 (article 2 lettre d, de l'arrêté du 17 décembre 2014), un établissement, pour réaliser le critère de la qualité, doit « *déployer un concept institutionnel d'assurance qualité […]. Il doit en outre justifier d'une masse critique et d'une activité suffisante ; sur les trois dernières années (2012 à 2014), il doit avoir fourni un nombre de prestations minimum équivalent à 5% de tous les cas de la population neuchâteloise durant l'année de référence (2012) et avoir traité au moins 10 cas dans le domaine de prestations considéré* ».

Le TAF rappelle que « *selon une jurisprudence constante, le nombre minimum de cas, qu'il soit mis en œuvre sous la forme d'une masse critique à atteindre dans tous les domaines de prestations ou qu'il soit exigé dans certains groupes de prestations seulement, est un critère conforme aux buts poursuivis par la planification hospitalière* » (consid. 9.2.2.). Ainsi, le TAF relève que le nombre minimum de cas est « *un critère dont la prise en compte est un facteur d'évaluation et de garantie de la qualité et du caractère économique d'une prestation* ».

Il confirme comme conforme le fait de fixer « *un nombre minimum de cas dans certains groupes de prestations dans l'objectif de s'assurer qu'un hôpital a les compétences et l'expérience nécessaires, de sorte à renforcer la qualité du traitement et la sécurité des patients […]* ». Par ailleurs, il considère que la masse critique « *en ce qu'elle concerne tous les domaines de prestations et tend à changer en fonction du volume total des prestations (valeur fixée en pourcent de ce volume) vise avant tout à déterminer les établissements dont l'importance est la plus grande dans chaque domaine de prestations, en vue d'une concentration de cette offre* » (consid. 9.2.3). Cette interprétation se retrouve également dans la Recommandation n°2 de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé (CDS) (explication b-c) selon laquelle « *les hôpitaux globalement non déterminants pour la couverture des besoins d'un canton n'ont pas à être pris en compte, de sorte en particulier à éviter et réduire les surcapacités* » (consid. 9.2.3).

S'agissant de la mise en œuvre du critère de la masse critique, qui a été critiqué quant au nombre minimum de cas exigé, à l'uniformité du nombre de cas fixé dans tous les domaines de prestations et le niveau de granularité retenu, le TAF estime que cela « *entre dans le pouvoir d'appréciation du canton* », dont il n'a – selon le TAF – pas abusé en l'espèce (consid. 9.2.6), et qu'il n'appartient pas au Tribunal de décider si d'autres approches seraient plus appropriées.

Le TAF en profite pour rappeler que si les organismes privés doivent être pris en considération de manière adéquate dans la planification hospitalière, cela n'a toutefois pas pour effet que « *l'organisme concerné puisse directement figurer sur la liste hospitalière, mais lui confère seulement une place parmi les établissements admis à la procédure d'évaluation des hôpitaux susceptibles de couvrir les besoins en soins hospitaliers relatifs à l'assurance de base* » (consid. 9.2.8). En outre, il affirme que l'expression « de manière adéquate » « *signifie que les cantons n'ont pas à prendre en considération l'intégralité de l'offre disponible auprès des établissements privés ; les cantons sont en droit de limiter l'accès à la procédure d'évaluation aux établissements privés qui seront appelés à contribuer de manière importante à la couverture des besoins [...], soit qu'ils y ont déjà contribué jusqu'alors de manière importante, soit que leur offre sera nécessaire pour couvrir un important besoin futur établi. Le fait d'exclure de la liste hospitalière un établissement dont la contribution est insuffisante pour justifier sa prise en considération par la planification ne saurait constituer une mesure disproportionnée* » (consid. 9.2.8).

Enfin, le TAF, se prononçant sur les critères utilisés par le Canton de Neuchâtel pour évaluer la qualité, a jugé que l'autorité n'avait pas procédé à un examen suffisant de la qualité. Selon son appréciation, l'examen de la qualité réalisé « *ne tient compte que de critères permettant d'évaluer la qualité des structures et des processus. Ceux-ci n'illustrent toutefois ni la qualité des résultats, ni la qualité de l'indication* » (consid. 9.3.3).

1.2.3.5. Conditions générales de travail

Parmi les exigences à respecter posées dans les conditions-cadres appliquées pour déterminer la liste hospitalière neuchâteloise 2016, figure le respect des conditions de travail prévues par la Convention collective de travail CCT Santé 21 de droit public ou de droit privé (article 3 lettre d de l'arrêté du 17 décembre 2014).

De prime abord, le TAF estime que « *formuler une exigence relative aux conditions de travail dans les hôpitaux […] n'apparaît pas inadmissible. Un examen plus approfondi est toutefois nécessaire* » (consid. 10.5.7).

En résumé, il ressort clairement de l'analyse du TAF que « *des conditions de travail adéquates, en termes notamment de temps de travail, santé, formation, climat de travail, etc., servent assurément au but visant à garantir des soins de haute qualité à la population concernée, au sens des art. 39 al. 2ter LAMal et 58b al. 4 et 5 OAMal »*. Ainsi, il statue que « *dans la mesure où le respect de conditions de travail adéquates par un établissement peut contribuer à atteindre cette qualité, […] il convient d'admettre qu'il s'agit d'une exigence de planification conforme à la LAMal* ».

Par ailleurs, selon le TAF, « *l'exigence du respect de conditions de travail adéquates s'avère également pertinente au regard du critère d'économicité* » pour diverses raisons explicitées dans la décision (consid. 10.6.2).

En outre, le TAF est également d'avis « *qu'il est indéniable que garantir des conditions de travail adéquates, en ce qui concerne notamment la rémunération, le temps de travail et de repos, les vacances, le processus d'engagement, la durée de l'engagement, la fin des rapports de travail, les assurances, etc. permet, en contribuant à la satisfaction du personnel soignant, tant de fidéliser celui-ci que de favoriser la recherche de ce personnel qualifié* » (consid. 10.6.3). Cela contribue à remplir l'exigence posée par l'OAMal de disposer du personnel qualifié nécessaire.

Cependant, le TAF critique la manière dont l'exigence est formulée par l'autorité cantonale. En effet, « *[…] un renvoi général et abstrait à la CCT Santé 21 ne saurait constituer une condition conforme aux principes de planification hospitalière fixés par le droit fédéral* » (consid. 10.7.1). En effet, il convient plutôt que l'autorité cantonale « *précise quelles sont les conditions de travail a minima que doit respecter un établissement hospitalier et qu'il explique en quoi ces conditions vont dans le sens, en particulier, de la qualité et de l'économicité des prestations voulues par la LAMal* ». Le TAF nuance toutefois, à cet égard, que « *le lien entre un critère introduit par un canton dans sa planification et le critère de la qualité notamment n'a pas à être démontré à un degré si élevé que seule la preuve stricte, scientifique de ce lien serait admise* » (consid. 10.6.1 et 10.7.3).

1.2.3.6. Limitations des volumes maximaux de prestations : gestion des quantités

La planification hospitalière 2016 a connu un régime de limitation des volumes maximaux de prestations appliqué sous la forme de quota attribué individuellement à chaque hôpital bénéficiant d'un mandat de prestations relevant d'un des six domaines électifs soumis à ce régime.

Si le TAF reconnaît, sur la base de l'article 58b alinéa 4 et 5 OAMal, comme conforme au droit fédéral la possibilité (et non l'obligation) des cantons de limiter le volume des prestations par le biais des mandats de prestations fixant un nombre maximum de cas par année pour l'établissement concerné, il rappelle avoir précisé dans un autre arrêt récent (C-5017/2015 du 16 janvier 2019, consid 19.3.4 et 21.3.2) « *qu'il ne s'agissait pas par ce biais d'imposer un pilotage politique axé sur les capacités, respectivement les limitations quantitatives de cas. Par ailleurs, il faut encore que les limitations quantitatives de cas fixées par le canton n'empêchent pas la concurrence entre les hôpitaux* » (consid.11.4). Plus loin, le TAF est d'avis que, dans le cas neuchâtelois, « *l'outil de la gestion des quantités mis en place donne lieu à une répartition systématique du marché, en imposant chaque année, de façon rigide, un nombre de cas aux hôpitaux neuchâtelois ayant reçu un mandat dans le domaine de prestations électif concerné* » (consid. 11.5). En ce sens, le TAF a jugé l'instrument de gestion des quantités mis en place par le Canton de Neuchâtel comme ne respectant pas le sens et l'esprit de la LAMal, ainsi que les buts poursuivis par la planification hospitalière (libre concurrence) (consid. 11.5).

S'agissant du risque d'hospitalisation hors canton, soulevé par la recourante, qui rendrait la gestion des volumes maximaux de prestations totalement inefficace pour contenir les coûts de la santé, le TAF est d'avis « *qu'il y a certes lieu d'admettre l'existence d'un tel risque et d'un conflit entre la planification et le libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse (art. 41 al. 1bis LAMal). Le Tribunal fédéral a toutefois jugé à cet égard qu'on ne peut soutenir que le libre choix de l'hôpital priverait entièrement la limite du volume de prestations de son sens et que celle-ci serait arbitraire. […]* » (consid. 11.6.3).

Dès 2022, le Conseil d'État a procédé aux adaptations nécessaires de cet instrument de gestion des volumes maximaux de prestations de sorte à être en conformité avec le droit fédéral sur la question.

1.3. Nouvelles prescriptions cantonales depuis le 1er janvier 2016

Il convient de rappeler ici que, depuis la précédente planification hospitalière, le Grand Conseil neuchâtelois s'est octroyé des compétences élargies dans le processus de planification.

L'article 83a, alinéa 8, de la LS dispose désormais que « *le Grand Conseil approuve la planification hospitalière, notamment la planification des besoins et la liste des conditions à remplir pour figurer sur la liste hospitalière, au sens des alinéas 1 et 2 in fine du présent article* ». Cette nouveauté implique désormais de soumettre à l'approbation du Grand Conseil l'évaluation des besoins en soins (1ère partie du processus de planification hospitalière, déjà adopté par votre autorité), ainsi que les conditions-cadres (objet du présent rapport). Cette disposition induit le risque que l'entrée en vigueur de la nouvelle liste hospitalière neuchâteloise soit différée si les débats politiques devaient se prolonger et ceci, quand bien même le processus de planification a été initié bien plus tôt, pour en tenir compte. Le Conseil d'État invite dès lors le parlement à traiter le présent rapport en tenant compte de cette préoccupation.

2. GÉNÉRALITÉS

2.1. Objectifs du projet de loi portant modification de la loi de santé

L'article 83a, alinéa 8 de la LS impose désormais que le Grand Conseil puisse se prononcer sur les conditions à remplir pour figurer sur la liste hospitalière. Le Conseil d'État propose ainsi d'intégrer ces conditions directement dans la loi de santé neuchâteloise. Outre qu'elle respecte la compétence attribuée au Parlement, cette approche apporte aussi une meilleure stabilité au système. L'adoption d'une modification de la loi présente encore l'avantage que la liste des conditions fera l'objet d'un débat démocratique et sera au besoin soumise au référendum facultatif, ce qui représente, pour ces exigences, un gain de transparence et de légitimité une fois adoptées.

2.2. But et cadre légal de la planification hospitalière

Pour rappel, les buts poursuivis par la planification sont de garantir la couverture des besoins en soins hospitaliers stationnaires de la population, d'assurer un standard de qualité minimum, de garantir la sécurité des patient-e-s et de maîtriser les coûts. Il convient de relever à cet égard que le fait de figurer sur la liste hospitalière est une condition nécessaire pour avoir droit à un financement de la part des assureurs-maladie et de l'État (aujourd'hui, respectivement à hauteur de 45% et 55%).

Les conditions d'accès à la liste hospitalière découlent prioritairement du droit fédéral en particulier de l'article 39 LAMal qui impose aux cantons de vérifier que les critères énumérés à son alinéa 1 soient remplis.

Le Conseil fédéral, chargé d'édicter des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique (art. 39 alinéa 2 ter LAMal), a modifié l'Ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal) le 3 décembre 2021. Il a procédé à la révision de l'articles 58 (lettres a à f) OAMal qui traite des critères de planification dans le but de réduire les disparités entre les concepts de planification des différents cantons et d'encourager l'utilisation efficiente des ressources. Tous les cantons doivent établir leurs planifications sur la base des instruments et principes actuels et ainsi remplir, pour l'ensemble de la Suisse, les conditions d'une fourniture de prestations avantageuse et de grande qualité dans le sens de la révision du financement hospitalier[5].

[5] Rapport explicatif de la modification OAMal et OPAS, du 23 juin 2021 : https://www.bag.admin.ch > Assurances > Assurance-maladie > Projets adoptés > Financement hospitalier > Modification du 23 juin 2021 de l'OAMal.

S'agissant de la planification hospitalière, la Confédération s'est contentée d'adopter une réglementation-cadre en fixant certains objectifs et principes obligatoires (art. 39 LAMal et art. 58a ss OAMal), tout en laissant aux cantons le soin et la compétence de les concrétiser. Elle l'a néanmoins précisée lors de la modification de l'OAMal. Dans ces limites, la planification hospitalière demeure du ressort des cantons, lesquels disposent d'une importante marge de manœuvre, ou pouvoir d'appréciation, lors de l'élaboration de cette planification et de leur liste hospitalière (ATAF C-7017/2015, consid. 3.1.1).

En outre, les cantons ont fait un effort conséquent pour harmoniser au fil du temps leurs pratiques. D'une part, ceux-ci utilisent tous, pour le domaine des soins aigus, le même concept de Groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH), élaboré par la Direction de la santé du canton de Zurich (GD ZH), et s'attachent à harmoniser également les groupes de prestations dans les domaines des soins de réadaptation et psychiatrique. D'autre part, sous l'égide de la CDS, les cantons ont adopté des recommandations à l'attention des cantons, au sujet de la planification hospitalière[6] dont la portée a été reconnue par les instances juridictionnelles fédérales et dont la version révisée a été adoptée le 20 mai 2022 par l'Assemblée plénière de la CDS[7].

Selon la LS, le Conseil d'État est compétent pour établir la planification hospitalière cantonale. Il est le garant de la cohérence de sa politique sanitaire cantonale. Dans les limites évoquées ci-dessus, il est par conséquent légitimé à demander le respect d'un certain nombre de critères qu'il aura définis pour permettre à une institution de figurer sur sa liste hospitalière.

Dans ce projet, le Conseil d'État propose de reprendre dans une très large majorité les conditions de la planification hospitalière 2016, dès lors qu'elles ont été éprouvées lors du précédent processus, voire validées par le TAF par la suite[8], et qu'elles ont donné satisfaction depuis lors. Il s'est, en outre, inspiré des recommandations de la CDS sur la planification hospitalière citées ci-avant.

Il distingue des « conditions d'admission » (article 83e et 83f) et des « obligations incombant aux institutions hospitalières inscrites sur la liste hospitalière » (article 83g à 83s).

2.2.1. Conditions d'admission

Les institutions qui désirent obtenir un mandat et consécutivement une inscription sur la liste hospitalière doivent répondre aux conditions d'admission. Ces prérequis sont des fondamentaux que toute institution doit respecter. Leur vérification doit permettre au Conseil d'État d'identifier les hôpitaux qu'il juge à même d'exécuter les mandats de prestations avec la qualité et l'économicité nécessaires et qui sont en mesure de garantir la couverture des besoins en soins hospitaliers de la population neuchâteloise sur la durée.

2.2.2. Obligations incombant aux institutions hospitalières inscrites sur la liste

Ces obligations correspondent pour la majorité aux conditions générales de l'Arrêté du Conseil d'État (ACE) du 17 décembre 2014[9]. Elles fixent le cadre dans lequel l'État entend collaborer avec les hôpitaux et maisons de naissance figurant sur sa liste hospitalière. Ainsi, les institutions pourront décider de solliciter ou non un mandat de prestations en toute connaissance des « règles du jeu ».

3. COMMENTAIRE ARTICLE PAR ARTICLE

Le présent projet ayant pour but d'introduire dans la loi de santé les conditions d'accès à liste hospitalière uniquement applicables dans le cadre de la planification hospitalière, une réflexion a dû

[6] Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière d'après la révision de la LAMal sur le financement hospitalier, adoptées le 14 mai 2009.
[7] www.gdk-cds.ch > soins de santé > hôpitaux > planification > recommandations en matière de planification.
[8] Arrêt C-7017/2015 du TAF du 17 septembre 2021.
[9] Arrêté fixant les conditions à remplir par un hôpital pour pouvoir figurer sur la liste hospitalière cantonale pour les années 2016 et suivantes, du 17 décembre 2014 : à consulter sur Accueil > Législation et jurisprudence > Publications dans la feuille officielle > Arrêtés et règlements du Conseil d'État > 2014, sous FO 51 du 19 décembre 2014.

être menée en parallèle sur les dispositions légales régissant la planification médico-sociale (PMS). En effet, comme ces deux planifications ne suivent pas les mêmes processus, il s'est avéré nécessaire de séparer les règles qui s'appliquent à chacune d'elles, même si la LAMal s'applique également à la PMS.

Les réflexions menées sur la planification médico-sociale en particulier sur l'article 83a, ont porté sur l'opportunité de revoir les articles 73a et 105a, de la LS à l'aune de la modification de l'article 25a de la LAMal, entrée en vigueur au 1er janvier 2019, et des expériences métiers. Ces modifications consistent en des ajustements mineurs relatifs au financement résiduel des soins. Elles ne touchent pas aux principes de base, qui sont réglés par le droit fédéral.

Le chapitre 7 de la LS relatif aux institutions de santé est ainsi réorganisé en sections et sous-sections pour permettre d'intégrer une nouvelle section 1bis dédiée aux « *planifications* ». Cette section se substitue à l'article 83 lettres a à c, qui sont soit abrogés et remplacés, soit déplacés. Elle est divisée en cinq parties : la première traite de la planification en général (A), la seconde de la planification médico-sociale (B) et la troisième de la planification hospitalière (C). La partie D traite de la formalisation des contrats de prestations qui touche tant à la PMS qu'à la planification hospitalière. Enfin, la dernière partie (E) est consacrée à la planification des équipements techniques lourds traitée dans l'actuel article 83b de la loi, article reporté sans modification dans l'article 83w.

Pour visualiser la nouvelle structure de ce chapitre, voici une comparaison de la partie concernée par les modifications d'ordonnancement des tables matières.

Elle fait apparaître la réorganisation de la section 1 et l'introduction d'une section 1bis. Elle s'arrête à l'article 84 qui suit directement le titre de section 1ter relatif à la reconnaissance d'utilité publique. L'ordonnancement des articles 84 et suivants n'ayant pas été modifié, ceux-ci n'ont donc pas été reportés ici.

Chapitre 7

Loi en vigueur	**Projet du Conseil d'État**
Chapitre 7 :	
Institutions	
Section 1 : Dispositions générales	
Art. 77 : Définition	
Art. 78 : Catégories	
Art. 79 : Autorisation	
Art. 80 : Dossier	
Art. 80a : Archivage des dossiers	
Art. 81 : Surveillance	
Art. 82 : Retrait de l'autorisation	
	Section 1bis : Planifications
	A. En général
Art. 83 : Planification a) en général	Art. 83 : Principes
	B. Planification médico-sociale
Art. 83a : b) au sens de la LAMal	Art. 83a : PMS
	C. Planification hospitalière
	1. Généralités
Art. 83b : Équipements techniques lourds	Art. 83b : Processus de planification
Art. 83c : abrogé	Art. 83c : Planification intercantonale

	Art. 83d : Volumes de prestations maximaux
	2. Conditions d'admission
	Art. 83e : Conditions d'admission
	Art. 83f : Conditions de travail adéquates
	3. Obligation incombant aux institutions hospitalières inscrites sur la liste hospitalière
	Art. 83g : Maintien des conditions d'admission
	Art. 83h : Admission des patient-e-s
	Art. 83i : Dossier patient informatisé et cybersanté
	Art. 83j : Transparence et accès aux données
	Art. 83k : Pérennité de l'institution
	Art. 83l : Exigences comptables
	Art. 83m : Tarifs et codage
	Art. 83n : Implications en matière de santé publique
	Art. 83o : Droits des patient-e-s
	Art. 83p : Développement durable a) principe
	Art. 83q : b) formation, insertion et intégration professionnelle
	Art. 83r : c) valorisation des ressources locales
	Art. 83s : Cessation d'activité
	D. Formalisation des mandats
	Art. 83t : Principe
	Art. 83u EMS
	Art. 83v Institutions hospitalières
	Section 1ter : Équipements médico-techniques lourds
	Art. 83w : Autorisation de mise en service (reprise de l'article 83b)
	Section 1quater : Reconnaissance d'utilité publique
Suivent les articles 84 et suivants, sans modification d'ordonnancement.	

Art. 73a (nouvelle teneur)

Loi en vigueur	Projet du Conseil d'État
Financement des prestations de soins **Art. 73a** Le Conseil d'État est compétent pour régler le financement du coût résiduel des soins de longue durée au sens de l'article 25a, alinéa 2 LAMal, lorsqu'ils sont fournis par des	Financement des prestations de soins *Art. 73a (nouvelle teneur)* Le Conseil d'État est compétent pour régler le financement du coût résiduel des soins *(suppression de : longue durée)* selon l'article 25a *(suppression de : alinéa 2)* LAMal, lorsqu'ils sont

infirmiers et infirmières selon l'article 49 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), du 27 juin 1995.	fournis par des infirmières et infirmiers selon l'article 49 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), du 27 juin 1995.

Cet article a été modifié de manière à renvoyer à l'article 25a LAMal dans sa globalité et non seulement à l'alinéa 2. En particulier, le financement résiduel des soins est traité à son alinéa 5 de tel sorte que l'article 73a actuel doit être adapté.

Section 1bis : Planifications

A. En général

Art. 83 et note marginale (nouvelle teneur)

Loi en vigueur	**Projet du Conseil d'État**
Planification a) en général	*Principes* *Art. 83, note marginale, (nouvelle teneur)*
Art. 83 [1]Le Conseil d'État établit une planification des institutions du canton et l'adapte en fonction des besoins de la population, des évolutions prévisibles de la médecine et de la démographie.	[1]Le Conseil d'État établit une planification des institutions du canton et l'adapte en fonction des besoins de la population, des évolutions *(suppression de : prévisibles)* de la médecine et de la démographie.
[1bis]*Abrogé*.	*(Suppression de la référence à l'alinéa 1bis déjà abrogé)*
[2]Il tient compte des propositions du Conseil de santé.	[2]Il tient compte des propositions du Conseil de santé.
[3]Une fois par législature, il adresse au Grand Conseil un rapport d'information sur l'état de la planification.	[3]Une fois par législature, il adresse au Grand Conseil un rapport d'information sur l'état de la planification.
[4]Ce rapport doit notamment porter sur les options stratégiques ainsi que sur la réalisation des objectifs confiés à LEHM, à AROSS, à NOMAD et au CNP, ainsi que sur l'organisation de la prise en charge des soins préhospitaliers au sens de l'article 116a, alinéa 2.	[4]Ce rapport doit notamment porter sur les options stratégiques ainsi que sur la réalisation des objectifs confiés à RHNe *(remplacement de « LEHM » par « RHNe »)*, à AROSS, à Nomad et au CNP, ainsi que sur l'organisation de la prise en charge des soins préhospitaliers au sens de l'article 116a, alinéa 2.

Cet article n'a pas fait l'objet de modification de fond, uniquement de quelques adaptations terminologiques. Il reprend en substance les alinéas 1, 2, 3 et 4 de l'article 83 actuel et donc les principes de base que doivent respecter les planifications des institutions en général.

B. Planification médico-sociale

Art. 83a et note marginale (nouvelle teneur)

Loi en vigueur	**Projet du Conseil d'État**
b) au sens de la LAMal	*PMS* *Art. 83a et note marginale (nouvelle teneur)*
Art. 83a [1]Le Conseil d'État établit la planification des besoins en soins hospitaliers conformément aux critères fixés par l'article 39, alinéas 1 et 2ter LAMal et ses ordonnances d'application, en tenant compte des institutions privées existantes de manière adéquate.	*[1]Dans le cadre de la planification médico-sociale cantonale, le Conseil d'État établit la planification des besoins par région et par mission en termes d'accueil, d'hébergement et de soins, organisés ou dispensés par les établissements spécialisés au sens de l'article 91 alinéa 1, lettre a, b et d, en tenant compte notamment de la démographie et des évolutions de la médecine.*
[2]Il dresse la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux (liste hospitalière) en fonction de leur mandat au sens de l'article 39, alinéa 1, lettre e LAMal; il fixe les conditions à remplir par ces institutions pour figurer sur la liste hospitalière.	*[2]Il fixe les critères d'attribution des places et des lits planifiés au sens de l'alinéa 1.*
[3]Il négocie les mandats de prestations avec les institutions figurant sur la liste hospitalière.	*[3]Il dresse la liste des établissements spécialisés admis à pratiquer à charge de la LAMal conformément à l'article 39, alinéas 1 et 2ter LAMal et ses ordonnances d'application.*
[4]Il coordonne sa planification hospitalière avec celle des autres cantons conformément à l'article 39, alinéa 2 LAMal.	

[5]Il établit la planification de la médecine hautement spécialisée conjointement avec les autres cantons. [6]Il dresse la liste des fournisseurs de prestations autorisés à dispenser les soins aigus et de transition au sens de l'article 25a, alinéa 2 LAMal. Il définit les notions de soins aigus et de transition. [7]Les conditions fixées aux alinéas 1 à 4 s'appliquent par analogie aux maisons de naissance et aux EMS. [8]Le Grand Conseil approuve la planification hospitalière, notamment la planification des besoins et la liste des conditions à remplir pour figurer sur la liste hospitalière, au sens des alinéas 1 et 2 in fine du présent article.	

Cet article est dédié spécifiquement à la planification médico-sociale (PMS) et aux établissements spécialisés, ce qui en fait un tout nouvel article. La planification des établissements médico-sociaux (EMS) est régie par la LAMal, comme l'est la planification hospitalière. Toutefois, elle connaît un processus différent et indépendant, incluant les pensions et foyers de jour et de nuit, raison pour laquelle il y a lieu de la traiter à part. Les alinéas 4, 5, 7 et 8 de la loi actuelle sont reportés dans la section C relative à la planification hospitalière.

Alinéa 1

La planification médico-sociale est établie non seulement sur la base des besoins en soins de la population neuchâteloise comme le préconise la LAMal, mais également sur les besoins en termes d'accueil et d'hébergement dans les établissements spécialisés en général. Elle s'articule autour des régions et des missions qui seront confiées aux établissements.

Alinéa 2

En fonction des besoins qui sont définis à l'alinéa 1, les places et les lits sont attribués aux établissements selon des critères qui doivent être définis par le Conseil d'État. Par exemple, des critères importants ressortent déjà de l'autorisation d'exploiter accordée à un EMS. En effet, l'autorisation d'exploiter établit déjà le nombre maximum de bénéficiaires que l'établissement peut accueillir et si son infrastructure présente les aménagements nécessaires pour accueillir certaines missions spécifiques. Les critères porteront également sur les questions d'économicité, de qualité, d'accessibilité, de pérennité des institutions, de développement durable et des aspects de temporalité.

Alinéa 3

Cette disposition découle directement de la LAMal, qui impose au canton d'établir la liste des prestataires reconnus.

C. Planification hospitalière

1. Généralités

Art. 83b et note marginale (nouvelle teneur)

Loi en vigueur	**Projet du Conseil d'État**
Équipements techniques lourds **Art. 83b** [1]Pour assurer la maîtrise des coûts de la santé et pour sauvegarder un intérêt public prépondérant, la mise en service d'équipements techniques lourds ou d'autres équipements de médecine de pointe, dans le domaine hospitalier ou ambulatoire, public ou privé, est soumise à l'autorisation du Conseil d'État sur préavis du Conseil de santé.	Processus de planification *Art. 83b et note marginale (nouvelle teneur)* *[1]Le Conseil d'État établit la planification des besoins en soins hospitaliers conformément aux critères fixés par l'article 39, alinéas 1 et 2ter LAMal et ses ordonnances d'application.* *[2]Il dresse la liste hospitalière cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leur mandat au sens de l'article 39, alinéa 1, lettre e LAMal (liste hospitalière).*

[2]Les critères et la liste des équipements soumis à autorisation sont fixés par arrêté du Conseil d'État, sur préavis du Conseil de santé, et sont régulièrement mis à jour. [3]L'autorisation peut être subordonnée à une convention entre partenaires publics et privés.	*[3]Il coordonne sa planification hospitalière avec celle des autres cantons conformément à l'article 39, alinéa 2 LAMal.* *[4]Il peut modifier l'attribution des mandats fixés dans la liste hospitalière sans reprendre l'entier du processus de planification hospitalière en cas de modifications du système sanitaire et hospitalier.* *[5]Il peut subordonner l'octroi de mandats à l'existence d'une collaboration entre les institutions hospitalières.* *[6]Le Grand Conseil approuve l'évaluation des besoins établie en vue de l'élaboration de la planification hospitalière.* *[7]Les dispositions de la présente section (planification hospitalière) s'appliquent par analogie aux maisons de naissance.* *[8]Le droit applicable aux établissements hors canton est réservé.*

Cet article porte spécifiquement sur la planification hospitalière. Il reprend partiellement l'article 83a actuellement en vigueur (al. 1, 2 et 4). Rappelons à ce titre que la loi fédérale impose de prendre en considération les hôpitaux et les cliniques privées de manière adéquate dans le cadre de l'élaboration de la planification hospitalière. L'obligation de prendre dûment en considération les institutions privées n'impose toutefois pas une égalité de traitement absolue entre les hôpitaux publics et privés (ATAF 2009/48, consid. 12.8). Compte tenu du principe d'égalité de traitement et du principe de neutralité concurrentielle, les cantons sont tenus de traiter les opérateurs privés sur un pied d'égalité selon des critères objectifs dans le cadre de la planification hospitalière et de l'attribution des mandats, sauf si une différenciation est justifiée par l'intérêt public supérieur[10].

Seuls les alinéas 4 et 5 apportent une réelle nouveauté par rapport au droit actuellement en vigueur :

Alinéa 4

La planification hospitalière en cours d'élaboration définit la liste hospitalière qui succèdera à la planification hospitalière 2016. Dès lors qu'elle est arrêtée, le contexte dans lequel elle a été définie évolue en permanence. Cet aspect avait d'ailleurs été relevé dans le cadre de la consultation sur le rapport sur les besoins.

Le Conseil d'État doit pouvoir adapter les mandats de prestations octroyés pour la prochaine planification hospitalière si des changements importants surviennent ultérieurement dans la prise en charge de telle ou telle prestation, ce sans avoir à reprendre l'entier du processus d'élaboration de la planification hospitalière. Ceci est d'ailleurs conforme aux « *Recommandations sur la planification hospitalière de la CDS* » (recommandation n°1b), adoptées le 20 mai 2022. Cette marge de manœuvre dont doit pouvoir bénéficier le gouvernement est cependant limitée aux modifications du système sanitaire et hospitalier. Ces modifications se rapportent notamment à :

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

Dans de tels cas de figure, les mandats de prestations pourront être soit retirés et réattribués, soit modifiés, sans reprendre tout le processus de planification. Au demeurant, il sera procédé ainsi dans le respect des dispositions contractuelles définies dans le contrat de prestations au sens de l'article 83t. Le Conseil d'État veillera dans tous les cas à ce que les prestations restent disponibles pour les patient-e-s neuchâtelois-es et à ce que les mandats de prestations nouveaux ou adaptés soient attribués dans le respect des principes du droit fédéral et cantonal.

[10] B. Rütsche, Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz – Krankenversicherungansichtsgesetz, Bâle 2020, ad. Art.39, note 53, p. 519).

Alinéa 5

Pour l'octroi des mandats de prestations, le Conseil d'État aura à nouveau la tâche de déterminer les institutions hospitalières les plus aptes à fournir les prestations demandées.

Il pourra imposer que certains mandats soient assumés, par exemple, par deux institutions en parallèle. Dans le but de trouver toutes les synergies possibles entre hôpitaux, le Conseil d'État doit pouvoir subordonner l'octroi d'un mandat de prestations à l'existence d'une collaboration formalisée entre les institutions hospitalières. Il peut notamment s'agir d'un partenariat public-privé comme le Grand Conseil l'a souvent appelé de ses vœux à l'image des conventions de collaborations existantes entre Swiss Medical Network Hospitals SA (SMNH) et le Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe) dans le domaine des soins intensifs, de la néphrologie et de l'urologie. Des collaborations entre institutions hospitalières relevant d'acteurs publics sont également possibles, comme celle entre le RHNe et des hôpitaux universitaires dans le domaine de la prise en charge des accidents cardio-vasculaires avec l'Inselspital, ainsi que dans celui de la pédiatrie et de la chirurgie thoracique entre le RHNe et le CHUV.

Alinéa 6

La planification hospitalière neuchâteloise est un processus se déroulant en trois étapes successives :

1. l'évaluation des besoins ;
2. la définition des conditions-cadres réglant l'accès à la liste hospitalière pour les fournisseurs de prestations de soins ;
3. l'attribution des mandats de prestations par l'établissement de la liste hospitalière.

Par la modification de la loi de santé adoptée le 1er septembre 2015, le Grand Conseil s'est octroyé la compétence de se prononcer sur les deux premières étapes de la planification, concédant que la dernière devait rester de la compétence du Conseil d'État.

Dès lors que les conditions-cadres seront désormais inscrites dans la loi de santé, elles auront bel et bien été adoptées par le Grand Conseil. Il ne reste que la première étape, relative à l'évaluation des besoins, à soumettre concrètement à l'approbation du Grand Conseil pour chacune des planifications. Le texte de l'alinéa 8 de la loi actuellement en vigueur a ainsi été adapté à cette nouvelle configuration[11].

Alinéa 7
Cette disposition n'appelle pas de commentaires particuliers.

Alinéa 8
Cette disposition rappelle que le droit cantonal ne peut s'imposer sans réserve sur le territoire des autres cantons et qu'il faut tenir compte de ce principe tant au regard des conditions d'admissions au sens de l'article 83e que des obligations au sens des articles 83g et suivants.

Art. 83c et note marginale (nouvelle teneur)

Loi en vigueur	Projet du Conseil d'État
Art. 83c *Abrogé*	*Planification intercantonale* *Art. 83c (nouvelle teneur)* *[1]Le Conseil d'État établit la planification de la médecine hautement spécialisée conjointement avec les autres cantons.*

[11] Dans son rapport 13.078 du 18 mai 2015 consultable à l'adresse web indiquée ci-après, la commission de santé du Grand Conseil concluait en page 15 que le Grand Conseil : « *doit pouvoir approuver la planification hospitalière, ainsi que les conditions nécessaires à l'inscription d'un établissement sur la liste hospitalière. Ce sont donc elles, à l'exclusion de la liste hospitalière, qui sont visées au sens de l'article 83a, proposé dans le projet de loi ci-après.* ».
www.ne.ch > autorités > Grand Conseil > objets > documents > rapports > 2013 > 13.178.

	[2]Il peut établir une planification intercantonale pour d'autres groupes de prestations que ceux couverts par la médecine hautement spécialisée. *[3]Lorsqu'une planification selon l'alinéa 2 implique de retirer des mandats déjà attribués, le Conseil d'État maintient les institutions concernées sur sa liste hospitalière pendant au moins deux ans à compter de l'ouverture de l'appel d'offre intercantonal.*

Cet article aborde la question des collaborations intercantonales non seulement dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, mais également dans d'autres domaines de soins.

Alinéa 1

Cet alinéa (repris de l'actuel l'art. 83a, alinéa 5) est dédié à la planification intercantonale. La LAMal oblige déjà les cantons à établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse dans le domaine de la médecine hautement spécialisée (art. 39, al. 2bis, de la LAMal).

Alinéa 2

Le Conseil d'État doit pouvoir également établir une planification conjointe avec un ou plusieurs cantons dans d'autres domaines de soins, compétence que lui donne l'alinéa 2.

Alinéa 3

Les contrats de prestations par lesquels l'État attribue les mandats dans les domaines de soins sont généralement valables pour toute la durée pour laquelle la planification hospitalière globale a été établie. Ils ne peuvent être résiliés que pour des raisons inhérentes à l'établissement ou à l'évolution des prestations (p.ex. évolution du modèle GPPH, prestation relevant nouvellement de la médecine hautement spécialisée (MHS), etc.). Sont réservées les annexes dont la durée de validité est plus courte pour permettre des adaptations régulières. Le délai de résiliation est fixé à six mois (sauf en cas de résiliation pour juste motif) et doit être respecté par chacune des parties.

Dans l'éventualité où l'instauration d'une planification conjointe avec un ou plusieurs cantons aurait pour effet de devoir retirer un ou plusieurs mandats de prestations à une ou plusieurs institutions figurant sur la liste hospitalière neuchâteloise, le Conseil d'État est tenu de maintenir le(s) mandat(s) attribué(s) durant au moins deux années à compter de l'ouverture de l'appel d'offres intercantonal. Ce délai minimum garantit à l'institution une certaine sécurité afin d'anticiper les conséquences d'un éventuel retrait du mandat, notamment sur le personnel engagé et/ou sur les investissements consentis (équipements, etc.) en vue de la réalisation de celui-ci.

Art. 83d (nouveau)

Loi en vigueur	Projet du Conseil d'État
	Volumes de prestations maximaux *Art. 83d (nouveau)* *Le Conseil d'État peut recourir à un système de gestion en imposant des volumes de prestations maximaux.*

Le fait d'imposer des limitations de volumes de prestations maximaux permet de lutter contre les prestations non indiquées dans le domaine hospitalier. En effet, en l'absence de limitation budgétaire, il a été constaté que les prestataires de soins, en particulier les fournisseurs de prestations hospitaliers rémunérés à l'acte, sont enclins à proposer une offre pouvant engendrer des volumes parfois non indiqués de prestations. Au niveau national, de telles prestations dont l'indication peut être mise en question sont évaluées entre 20 et 25 % pour certaines spécialités. Cette politique est favorisée dans un environnement où la consommation de soins n'est freinée ni du point de vue du ou de la patient-e, ni du point de vue des prestataires, par des contraintes financières ; au contraire même, puisque les tarifs restent identiques[12] et ne diminuent pas avec

[12] Dans le domaine des services de santé, les tarifs ne diminuent pas avec l'accroissement du volume de prestations fournies.

l'accroissement du volume de prestations fournies, tant pour les premières prestations fournies, dont la facturation permet de couvrir notamment les coûts fixes, que pour les dernières, pour lesquelles seuls des coûts variables sont générés.

Il est également acquis que les incitations à la consommation de soins au-delà de ce qui est médicalement nécessaire ont parfois des conséquences néfastes sur la qualité des soins et la sécurité des patient-e-s, sans compter leur impact sur les coûts de la santé.

La révision de l'OAMal, adoptée le 23 juin 2021 et entrée en vigueur le 1er janvier 2022, prévoit clairement la possibilité pour les cantons de fixer des volumes de prestations maximaux ou des capacités maximales, pour autant que cela ne fige pas les structures et n'empêche pas toute concurrence (OAMal, article 58f alinéa 6).

Le TF[13] s'est déjà positionné sur la conformité à la Constitution fédérale d'un système de gestion des quantités dans le cadre de la planification hospitalière. La Haute Cour a conclu que :

– les cantons ne sont pas tenus d'appliquer le contrôle des quantités, mais en ont pleinement le droit ;
– les principes constitutionnels suivants ne sont pas violés : égalité de traitement, libre choix de l'hôpital et liberté économique.

Un tel instrument comporte le danger d'une (trop forte) réduction de l'offre, de rationnement des soins et d'une restriction de la concurrence, raison pour laquelle le Conseil d'État doit y recourir avec modération, comme il l'a fait systématiquement dans l'actuelle planification hospitalière 2016. D'une part, il continuera à limiter son utilisation aux seuls groupes de prestations relevant d'une activité élective ou programmée, dont la planification en termes de calendrier de prise en charge est plus aisée, de manière à limiter les éventuels effets négatifs de l'utilisation d'un outil de gestion des quantités pour les prestations comprenant une composante d'urgence. Plus spécifiquement, à ce jour, le Conseil d'État a pris la décision d'exclure les prestations gynécologiques des domaines électifs soumis à limitation de volume, à compter du 1er septembre 2023. Dans ce domaine, la gestion de quantités a été réglée par voie de convention suite à l'arrêt du Tribunal administratif fédéral, permettant à la fois de satisfaire les attentes de l'institution recourante et de garantir le respect des tailles critiques nécessaires au maintien de missions d'utilité publique au sein du RHNe. Pour les autres domaines, les modalités de gestion des limitations de volume ont été adaptées. Depuis 2022, elles sont édictées par domaine et sont appliquées collectivement à l'ensemble des hôpitaux mandatés pour une prestation élective, et non plus individuellement comme précédemment. Cette nouvelle modalité, qui n'a fait l'objet d'aucune contestation juridique, a été conçue de manière à respecter la prescription du TAF selon laquelle « *l'application de limitations de quantité ne doit pas empêcher la concurrence entre hôpitaux* » (voir chapitre 1.3.3.6, et ATAF, C-7017/2015, consid. 11.4).

Ce faisant, le Conseil d'État veillera à ce que la couverture des besoins évalués dans le cadre de la planification hospitalière soit garantie. Tout comme dans la planification hospitalière 2016, le Conseil d'État entend maintenir la porte ouverte à des dérogations aux limites de quantités fixées dans les situations où les besoins ont été clairement sous-estimés, la couverture de ceux-ci restant une exigence de la loi et la priorité du gouvernement ; ces dérogations seront cas échéant réglées par des avenants aux contrats de prestations ou par décision. Enfin, si les prévisions de recours aux soins s'avèrent trop éloignées de la réalité dans l'un ou l'autre des groupes de prestations, le Conseil d'État adaptera sa gestion des quantités pour tenir compte des besoins réels. Ces adaptations, dont ont déjà bénéficié SMNH et le RHNe en 2018 et 2019, pourront avoir lieu à la hausse ou à la baisse selon le constat posé.

La fixation des volumes maximaux n'implique pas une interdiction absolue de fournir des prestations : toutefois, les prestations supplémentaires éventuellement fournies pourront faire l'objet d'une rémunération partielle de la part de l'État, comme c'est actuellement prévu.

[13] Dans le cadre d'un recours contre la modification de la loi d'application de la loi (LCAMal) décrétée le 17 mars 2011 par le Grand Conseil de la République et du Canton du Tessin. Voir ATF 138 II 398 - 2C_796/2011 du 10 juillet 2012.

2. Conditions d'admission

Cette sous-section énumère les exigences prérequises que doivent remplir les institutions qui désirent postuler pour un mandat de prestations de soins et être inscrites sur la liste hospitalière. Ce sont des exigences légales voire fondamentales auxquels il ne devrait pas pouvoir être dérogé, sous réserve de l'article 83e alinéa 4.

Art. 83e (nouveau)

Loi en vigueur	Projet du Conseil d'État
	Conditions d'admission *Art. 83e (nouveau)* *[1]Pour pouvoir être admises sur la liste hospitalière, les institutions au sens de l'article 78, lettre d et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (ci-après : les institutions hospitalières) doivent répondre :* *a) aux conditions d'admission au sens de l'article 39 LAMal ;* *b) aux exigences selon l'article 58b, alinéa 4 et l'article 58d, alinéas 1, 2 et 4 OAMal.* *[2]Les institutions hospitalières doivent également :* *a) être au bénéfice des autorisations requises en lien avec leur exploitation et leur personnel ;* *b) garantir la masse critique suffisante ;* *c) pour les groupes ou les domaines de prestations définis par le département, démontrer entretenir des collaborations avec d'autres institutions hospitalières reconnues comme centres de compétences capables de les soutenir dans le domaine considéré ;* *d) garantir des conditions de travail adéquates au sens de l'article 83f pour le personnel médico-soignant et médico-technique ;* *e) disposer d'un concept de prise en charge des patient-e-s assurant la liaison avec les fournisseurs de prestations en amont et en aval ;* *f) démontrer assurer une prise en charge respectueuse du-de la patient-e, en particulier en garantissant un accompagnement en français ou dans une langue qu'il-elle comprend de manière à respecter son droit à l'information et à obtenir son consentement libre et éclairé ;* *g) démontrer s'engager en faveur du développement durable et démontrer leur responsabilité et leurs mesures dans les domaines économiques, sociétaux et environnementaux.* *[3]Le département précise, si nécessaire et en respect du droit fédéral, les critères d'évaluation des exigences fixées aux alinéas 1 et 2.* *[4]Lorsque la couverture des besoins en soins hospitaliers l'exige, des mandats de prestations provisoires et sous conditions peuvent également être attribués à des hôpitaux et des maisons de naissance qui ne remplissent pas toutes les exigences visées à l'alinéa 2.*

Au sens de l'article 78, lettre d, toute institution ainsi que celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation au sens de l'article 39 LAMal (resp. « les institutions hospitalières »)

doivent répondre aux exigences posées aux alinéas 1 et 2 du présent article. L'alinéa 1 rappelle les exigences du droit fédéral. L'alinéa 2 impose des conditions supplémentaires cantonales.

Alinéa 1

Comme dit ci-dessus, il s'agit ici de rappeler le droit fédéral. Ce renvoi aux dispositions topiques se veut dynamique. Ce domaine est effectivement soumis à une évolution constante. Le canton doit donc pouvoir s'adapter rapidement et facilement au droit fédéral selon les précisions apportées par la jurisprudence.

Lettre a :
La lettre a fait référence aux conditions posées en vertu de l'article 39 alinéas 1 et 3 LAMal, reprise ci-dessous dans leur intégralité pour rappel au lecteur.

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), RS 832.10

Art. 39 Hôpitaux et autres institutions

1 Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils :

a. garantissent une assistance médicale suffisante ;
b. disposent du personnel qualifié nécessaire ;
c. disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments ;
d. correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate ;
e. figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats ;
f. s'affilient à une communauté ou à une communauté de référence certifiées au sens de l'art. 11, let. a, de la loi fédérale du 19 juin 2015 sur le dossier électronique du patient.

[…]

3 Les conditions fixées à l'al. 1 s'appliquent par analogie aux maisons de naissance, aux établissements, aux institutions et aux divisions d'établissements ou d'institutions qui prodiguent des soins, une assistance médicale et des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médico-sociaux).

Lettre b :
En lettre b, il est fait référence aux exigences fédérales posées par l'OAMal à différents endroits. Ainsi l'article 58d OAMal précise spécifiquement les modalités d'évaluation de deux critères mentionnés à l'article 58b OAMal, à savoir, d'une part, le caractère économique, et, d'autre part, la qualité de la fourniture des prestations.

Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), RS 832.102

Art. 58b Planification des besoins en soins

« […]

4 Afin de déterminer l'offre qui doit être garantie par la liste, les cantons prennent notamment en compte :

a. le caractère économique et la qualité de la fourniture des prestations ;
b. l'accès des patients au traitement dans un délai utile ;
c. la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations. »

Art. 58d Évaluation du caractère économique et de la qualité

« 1 L'évaluation du caractère économique des hôpitaux et des maisons de naissance s'effectue notamment grâce à des comparaisons des coûts ajustés selon le degré de gravité des cas traités. Pour les établissements médico-sociaux, le caractère économique des prestations fournies doit être pris en considération de manière appropriée.

2 L'évaluation de la qualité des établissements consiste notamment à examiner si l'ensemble de l'établissement remplit les exigences suivantes :

- *a. disposer du personnel nécessaire qualifié ;*
- *b. disposer d'un système de gestion de la qualité approprié ;*
- *c. disposer d'un système interne de rapports et d'apprentissage approprié et avoir adhéré à un réseau de déclaration des événements indésirables uniforme à l'ensemble de la Suisse, pour autant qu'un tel réseau existe ;*
- *d. disposer des équipements permettant de participer aux mesures nationales de la qualité ;*
- *e. disposer de l'équipement garantissant la sécurité de la médication, notamment grâce à l'enregistrement électronique des médicaments prescrits et délivrés.*

[…]

4 L'évaluation des hôpitaux doit porter en particulier sur la mise à profit des synergies, sur les nombres minimums de cas et sur le potentiel de concentration des prestations pour le renforcement du caractère économique et de la qualité des soins. »

Afin de disposer d'une vue d'ensemble cohérente et compréhensible, l'interprétation faite par le Conseil d'État des différents critères de planification prescrits ci-dessus est explicitée ci-dessous.

– S'agissant de l'évaluation du caractère économique des hôpitaux :

  a) Examen de l'économicité via les comparaisons de l'efficience des institutions :
  Le rapport explicatif de la modification de l'OAMal précise (art. 58d al. 1) que l'examen de l'économicité se fait notamment via la comparaison d'efficience entre établissements sur la base « *des coûts par cas ajustés selon le degré de gravité qui sont pertinents pour la rémunération par l'AOS* »[14]. Il est primordial que ce soit ces données de coûts par cas ajustés qui fondent l'évaluation, et non les tarifs car ces derniers relèvent, eux, des négociations avec les assureurs[15]. Ceci se justifie d'autant plus que la formation d'un tarif se fonde sur une comparaison à l'échelle nationale de l'ensemble des coûts (et non de leurs tarifs) des hôpitaux, selon l'article 49, alinéa 8, de la LAMal. Il s'agit donc d'agir sur les coûts à charge de l'AOS des hôpitaux, véritable boussole de l'efficience de l'entreprise, afin d'avoir un véritable impact sur la maîtrise des coûts du système de santé. En outre, évaluer l'économicité sur la base des coûts permet de promouvoir une durabilité économique de l'entreprise, ce qui est aussi cohérent avec la pérennité attendue de celle-ci (art. 83k). Ceci contribue à la stabilité dans la couverture des besoins de la population, tout au long de la période de planification. Cette approche est également conforme aux recommandations de la CDS sur la planification hospitalière (n°4, a-b).

  b) Pérennité :
  En outre, comme stipulé dans le rapport explicatif de l'OAMal, « *dans le cadre du contrôle du caractère économique, l'évaluation peut également porter sur la stabilité économique dans la perspective d'une économicité durable et, par là même, sur la sécurité de l'approvisionnement en soins* ». Le Conseil d'État entend faire usage de cette possibilité, également conformément aux recommandations de la CDS en matière de planification hospitalière (n°4, c). Pour ce faire, il entend apprécier, en plus de la capacité « médicale » à assurer le mandat confié, la capacité financière de l'institution hospitalière à court et moyen termes. Celle-ci doit dès lors démontrer sa pérennité financière et sa solvabilité.

[14] Rapport explicatif concernant la modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal) et la modification de l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS) (Mise en œuvre de la modification du 19 juin 2020 de la loi fédérale sur l'assurance maladie concernant l'admission des fournisseurs de prestations et le développement des critères de planification hospitalière, entrée en vigueur le 1er janvier 2022), du 23 juin 2021.

[15] À plusieurs reprises, la jurisprudence a confirmé cette interprétation (ATAF C-2283/2013, C-6317/2013 du 11 septembre 2014, consid. 3.6, ATAF 2014/3, consid. 10).

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

En outre, la capacité financière d'un établissement est évaluée à court terme sur la base de la trésorerie nette[16] et de son degré d'endettement[17] au moment de la réponse à l'appel d'offres publiques pour les mandats de prestations.

c) Solvabilité :
Enfin, le Conseil d'État entend également s'assurer de la solvabilité des institutions candidates. L'évaluation doit mettre en évidence la capacité de l'institution d'honorer ses engagements à temps (remboursement de prêts, paiement de ses factures, etc.) et/ou un éventuel découvert au bilan, de manière à prévenir tant que faire se peut les risques de faillite ou d'arrêt d'activité à court terme pour des raisons financières. Le Conseil d'État attend de ses partenaires hospitaliers qu'ils soient exemplaires en la matière. Les établissements figurant sur la liste hospitalière doivent démontrer être en règle dans le cadre de l'appel d'offres, mais aussi, par la suite, chaque année, pendant la durée de la planification.

– S'agissant de l'évaluation de la qualité de la fourniture des prestations :

Le rapport explicatif de la modification de l'OAMal (art. 58d al. 2) stipule que celle-ci se fait via l'examen, notamment, des exigences listées (lettre a à e), lesquelles « doivent notamment contribuer à réduire le nombre d'événements indésirables. […] Les exigences minimales se réfèrent à la qualité des structures, des processus et des résultats. Leur pondération est du ressort des cantons. L'énumération des exigences minimales à l'al. 2 n'est pas exhaustive ; les cantons peuvent donc définir des exigences minimales supplémentaires. Ils sont toutefois tenus de contrôler le respect de ces exigences minimales, mais disposent d'un large pouvoir d'appréciation quant à l'organisation de la procédure applicable. » Le rapport en question donne le cadre de référence et explicite plus en détail la teneur de ces exigences, raison pour laquelle elles ne sont pas reprises ici.

En complément, il convient de mentionner que le TAF estime nécessaire que l'examen de la qualité concerne également la qualité des résultats et la qualité de l'indication, « *[…] autres aspects de la qualité globale d'un hôpital ou d'une clinique que les indicateurs sélectionnés par l'ANQ et l'OFSP tentent d'appréhender, à tout le moins s'agissant de la qualité des résultats »* (C-7017/2015, consid. 9.3.3). À ce sujet, la CDS indique que « *d'autres directives en particulier concernant la qualité de l'indication et des résultats et les mesures d'assurance qualité peuvent être formulées par les cantons. En même temps, il convient ainsi d'encourager la transparence et de renforcer la concurrence en matière de qualité exigée par la LAMal entre les fournisseurs de prestations, par exemple en recourant à d'autres chiffres-clés pour évaluer la qualité (indicateurs OFSP/CHIQI [Swiss Inpatient Quality Indicators]) »* (recommandation de la CDS, n°5b). S'agissant de la qualité de l'indication, il n'est toutefois pas connu que des mesures nationales suisses dans ce domaine existent.

– S'agissant de l'évaluation de l'accès des patient-e-s au traitement dans un délai utile :

L'accès au traitement dans un délai utile est apprécié principalement selon deux angles : le premier en fonction du temps d'accès au lieu de traitement et le second en fonction du délai d'attente pour avoir accès à la prestation en question.

Par ce critère, l'autorité appréciera la situation géographique de l'institution qui postule pour un mandat de prestations et comparera le délai garanti entre le moment de l'indication posée et la réalisation de chaque groupe de prestations électives.

Selon les recommandations de la CDS (n°6, a-b), « *le canton peut, compte tenu du type de prestation (soins de premier recours ou prise en charge spécialisée), préférer une offre*

[16] Trésorerie nette = fonds de roulement net - besoin en fonds de roulement (selon les normes comptables usuelles).
[17] Degré d'endettement = montant total de l'endettement / montant total du passif du bilan (selon les normes comptables usuelles).

géographiquement proche par rapport à une autre plus éloignée, même si cette dernière est plus avantageuse par rapport à d'autres critères. […] Le canton peut, compte tenu du type de prestations (soins de premier recours ou prise en charge spécialisée), appliquer des valeurs indicatives différentes pour l'accessibilité et établir une distinction appropriée entre soins de premier recours, soins d'urgence et prise en charge spécialisée d'une part, ainsi que les domaines de prestations soins aigus, psychiatrie et réadaptation d'autre part ».

– S'agissant de l'évaluation de la disponibilité et de la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations :

  Une institution hospitalière doit garantir sa disponibilité et sa capacité à remplir son mandat. Pour ce faire, elle doit justifier d'une dotation suffisante en personnel médical et soignant dont la qualification est adéquate, disposer d'équipements médicaux adéquats, garantir la fourniture adéquate des médicaments pour remplir son mandat de prestations, comme le prévoit la LAMal, en son article 39, alinéa 1, lettres a, b et c, et l'OAMal, en son article 58b, alinéa 4, lettre c.

  Pour le domaine des soins somatiques aigus, le Conseil d'État a retenu, sur recommandation de la CDS (n°3a), le concept de groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) incluant quelque 139 groupes de prestations (GPPH version akut-spl23-10.99.13). Ce concept comprend, pour chaque groupe de prestation[18], des exigences spécifiques ayant trait notamment à :

  – disponibilité d'une offre de base en médecine interne et en chirurgie ;

  – disponibilité et qualification des médecins spécialistes ;

  – disponibilité et niveau d'exigence du service des urgences ;

  – disponibilité et niveau d'exigence de l'unité de de soins intensifs ou du service de surveillance ;

  – groupes de prestations liés en interne ou en coopération avec d'autres hôpitaux ;

  – nombre minimum de cas par année (au niveau de l'hôpital, et/ou au niveau de l'opérateur).

  Les volumes des besoins soumis à l'appel d'offres et les conditions spécifiques à chaque groupe de prestations seront décrits dans le cadre de la procédure d'appel d'offres qui interviendra au cours de la troisième étape du processus de la planification, comme ce fut le cas pour l'exercice précédent.

  Ce modèle, recommandé par la CDS, est utilisé par la quasi-totalité des cantons suisses depuis plusieurs années. Il jouit ainsi d'une bonne assise et reconnaissance, ainsi que d'une dimension nationale et confère dès lors aussi une grande solidité juridique aux actes formels de la planification. Partant, le Conseil d'État renonce à modifier les exigences posées dans ce cadre de manière à éviter de lui faire perdre sa cohérence d'ensemble et de créer des différences inutiles avec les autres cantons qui l'utilisent. Il demeure cependant possible, lors de l'évaluation des offres reçues pour l'octroi des mandats de prestations, de déroger à l'une ou l'autre des exigences de ce modèle de manière à assurer la couverture des besoins qui reste, rappelons-le, la priorité du Conseil d'État et de la loi. C'est d'ailleurs aussi ainsi que procèdent d'autres cantons dans leurs activités de gestion de la planification hospitalière.

  S'agissant du nombre minimum de cas, le modèle GPPH utilisé pour l'élaboration de l'actuelle planification hospitalière exigeait pour certains groupes de prestations que l'hôpital ait réalisé un nombre minimum de cas pour se voir attribuer le mandat de la prestation en question. Depuis lors, le modèle de GPPH prévoit au surplus, pour certains groupes de prestations, un nombre minimum de cas par opérateur. Toutefois, le Conseil d'État se réserve le droit de déroger à cette exigence s'il le juge approprié.

[18] www.gdk-cds.ch > soins de santé > hôpitaux > planification > groupeur gpph, ainsi que sur le site internet de la Direction de la santé du Canton de Zurich : www.gd.zh.ch > Themen / Behörden & Politik > Spitalplanung – Leistungsgruppen (SPLG) Akutsomatik.

Alinéa 2

Comme cela a été rappelé à maintes reprises dans différents arrêts du TAF (voir notamment chapitre 1.2.3), les cantons disposent d'une certaine marge de manœuvre y compris dans la définition des critères régissant la planification hospitalière si tant est que ceux-ci respectent le sens et l'esprit de la législation fédérale et n'en contredisent pas le but.

Partant, le Conseil d'État entend imposer dans les limites des compétences que le droit fédéral lui a laissées les exigences ci-dessous.

Lettre a : Être au bénéfice des autorisations requises en lien avec son exploitation et son personnel
Une institution hospitalière qui sollicite un mandat de prestations doit avoir obtenu une autorisation d'exploiter de son canton d'implantation. Les conditions d'octroi d'une telle autorisation sont indépendantes de la réflexion que le Conseil d'État doit mener sur la planification et la liste hospitalière cantonale. Elles relèvent d'exigences de police et de surveillance sanitaire et sont, pour le Canton de Neuchâtel, définies dans le Règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions (RASI), du 21 août 2002. La nécessité de disposer d'une autorisation d'exploiter existe déjà aujourd'hui et constitue évidemment une condition à respecter impérativement.

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

L'institution devra démontrer que son personnel présente toutes les qualifications professionnelles requises pour une prise en charge de qualité des patient-e-s. Les professions du domaine de la santé sont généralement soumises à une autorisation de pratiquer. La procédure qui mène à l'obtention de cette autorisation permet à l'autorité de surveillance de vérifier que le personnel de soins dispose des diplômes requis pour exercer en Suisse. L'institution devra ainsi remettre la liste de son personnel concerné par les autorisations de pratiquer.

Ainsi, tous les médecins qui exercent sous leur propre responsabilité doivent être au bénéfice d'une autorisation de pratiquer délivrée par le canton. Les médecins qui suivent une formation postgrade accréditée doivent quant à eux être autorisés par le service ou par le département. S'agissant du personnel de soins, tous les professionnels et toutes les professionnelles disposent d'un diplôme suisse reconnu ou, pour le personnel étranger, d'une reconnaissance de leur titre ou diplôme, délivrée par l'instance compétente (Croix-rouge suisse et SEFRI).

Lettre b : Garantir la masse critique suffisante
L'exigence d'un niveau de masse critique suffisant, dans la mesure où elle concourt à soutenir une concentration de l'offre, contribue au but de maîtrise des coûts de la LAMal et favorise le caractère économique d'une institution. Par ailleurs, cette même exigence concourt également à favoriser la qualité des prestations, étant entendu que la présence d'une équipe médicale et soignante réalisant des volumes importants de prise en charge permet de renforcer la qualité du traitement et la sécurité de la prise en charge. Ainsi, la masse critique sera évaluée aux côtés d'autres critères servant le respect du caractère économique et la qualité de la fourniture des prestations.

Le TAF a estimé que de tels critères d'activité minimale ou de masse critique sont admissibles si les besoins de la population sont couverts, même s'ils excluent certains établissements (C- 401/2012, consid. 9). En outre, il a été rappelé dans le récent arrêt du TAF que ce critère est conforme à la LAMal dans la mesure où il concourt à éviter une trop grande dispersion de l'offre. Ainsi, conformément à la LAMal, favoriser la concentration de l'offre de prestations concourt à améliorer tant la qualité que l'économicité des prestations fournies (économies d'échelle) (C-7017/2015, consid. 9.2.6). Par conséquent, le critère de masse critique sera également considéré comme un indicateur de la contribution de l'établissement à la couverture des besoins neuchâtelois.

Ainsi, par le passé, le Conseil d'État a considéré que cette masse critique était garantie lorsque l'institution avait pris en charge, en moyenne sur les trois dernières années, un nombre de cas correspondant au minimum à 10 cas et à 5% du volume d'hospitalisations de la population

neuchâteloise de l'année de référence[19] dans un domaine de prestations considéré. Ce niveau de granularité semble représenter un niveau suffisant pour apprécier ce critère. Pour les maisons de naissance, et considérant la particularité de leur activité, le Conseil d'État entend toutefois appliquer ce critère au niveau du groupe de prestations (GPPH).

Qui plus est, il est important de rappeler que, conformément aux recommandations de la CDS (n°2 lettre e), « *en fonction du recours aux prestations en dehors de la liste hospitalière cantonale, on peut s'écarter dans un groupe de prestations d'une couverture de 100% des traitements stationnaires de la population du canton. Une couverture inférieure à 80% des traitements stationnaires de la population du canton (inférieure à 70% dans les cantons de moins de 300'000 habitants) doit être motivée ».* Le Conseil d'État se réserve donc le droit d'appliquer cette approche s'il le juge utile, ce qui contribue à réduire les surcapacités en matière d'offre hospitalière et à concentrer l'offre en soins, à renforcer l'efficience et l'économicité des prestataires, et, *in fine*, à contribuer à la matrîse des coûts à charge de l'AOS.

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

Ainsi, le Conseil d'État entend valoriser les synergies possibles entre hôpitaux au travers de l'appréciation de ce critère, conforme à l'art. 58d alinéa 4 OAMal. À cet égard, il entend pouvoir, lorsque cela se justifie, dans les groupes ou les domaines de prestations définis par le département, subordonner l'octroi d'un mandat de prestations à l'existence d'une collaboration interinstitutionnelle formalisée.

Lettre d : Conditions de travail adéquates
Les conditions-cadres appliquées à la planification hospitalière 2016 en vertu de l'ACE du 17 décembre 2014 imposent le respect des conditions de travail prévues par la convention collective de travail CCT Santé 21. Cette exigence n'impliquait ni l'obligation d'affiliation pour les institutions, ni la définition de ces conditions de la part de l'État, ces dernières devant clairement rester le fruit du partenariat social aux yeux du Conseil d'État.

Dans son arrêt du 17 septembre 2021 (C-7017/2015), le TAF s'est positionné sur la question de l'exigence du respect de conditions de travail adéquates de manière approfondie et très claire. Ainsi, il confirme le principe général selon lequel « *formuler une exigence relative aux conditions de travail dans les hôpitaux, dont le respect serait une condition pour pratiquer à charge de l'AOS, est conforme aux principes de planification fixés par le droit social fédéral aux art. 39 al. 1 let. d et al. 2ter LAMal et art. 58b al. 4 let. a, voire let. c, et al. 5 let. a et b OAMal en particulier, lesquels constituent dès lors une base légale suffisante pour l'introduction, dans la planification hospitalière cantonale, d'une telle exigence* »[20] (consid. 10.6.4). Le TAF démontre avec moult arguments que l'exigence du respect de conditions travail peut servir aux buts de la qualité et de l'économicité des prestations.

Sur le plan de la qualité des prestations requise par le droit fédéral, il estime que « *des conditions de travail adéquates, en termes de temps, de travail, santé, formation, climat de travail, etc., servent assurément au but visant à garantir des soins de haute qualité à la population cantonale concernée […]* » (consid. 10.6.1).

En outre, s'agissant de l'économicité des prestations, le TAF considère que « *l'exigence du respect de conditions de travail adéquates s'avère également pertinente au regard du critère d'économicité.*

[19] C'est l'année de référence utile pour l'évaluation des besoins qui fait foi. Actuellement, dans le cas d'espèce du domaine des soins aigus somatiques, il s'agit de l'année 2019.
[20] Cet arrêt a été rendu sur la base du droit en vigueur de l'époque, soit avant la modification sur l'OAmal entrée en vigueur le 1er janvier 2022 (RO 2021 439).

En effet, imposer aux hôpitaux souhaitant être admis à pratiquer à charge de l'AOS des conditions de travail au niveau salarial permet d'une part d'éviter le risque de rémunération excessive, et de contribuer ainsi à la maîtrise des coûts de la santé et à l'économicité des prestations. […] D'autre part, imposer des conditions de travail au niveau salarial permet d'éviter le risque d'une sous-rémunération du personnel dans le but de réduire les frais de l'établissement et de bénéficier d'un avantage concurrentiel lors des comparaisons du caractère économique des prestations, faussant ainsi ces comparaisons. Une évaluation objective du caractère économique des prestations d'un fournisseur de prestations ne peut être réalisée que par une comparaison avec d'autres fournisseurs de prestations (FF 2004 5207 p. 5229). Dès lors, l'application de conditions de travail, et en particulier de conditions salariales adéquates, à tous les établissements améliore la pertinence et la fiabilité d'une telle comparaison et de l'évaluation de l'économicité. De la sorte, lorsqu'un canton, appliquant le critère d'économicité, accorde un mandat de prestations à un établissement dont les coûts sont moins élevés que ceux d'un autre, il a l'assurance que cette économie de coûts n'est pas la conséquence d'une dégradation des conditions de travail et de rémunération du personnel hospitalier, et qu'il ne participe pas, en octroyant le mandat de prestations à cet hôpital, à valider une telle situation, laquelle, au demeurant, pourrait avoir à terme pour conséquences des difficultés de recrutement en personnel et une dégradation de la qualité des soins » (consid. 10.6.2).

Depuis cet arrêt rendu par le TAF, le peuple a eu l'occasion de se prononcer sur l'initiative fédérale « pour des soins infirmiers forts »[21] visant explicitement un questionnement sur les conditions de travail, l'équilibre vie professionnelle / vie privée et les possibilités de développement, afin d'assurer une prise en charge de qualité, de même que maintenir et fidéliser le personnel soignant. Différents éléments de cette initiative concordent avec l'argumentation du TAF quant à l'importance de conditions de travail adéquates pour la qualité et l'économicité des prestations, de même que la légitimité de l'inclusion de conditions de travail de référence dans les conditions d'admission sur la liste hospitalière.

En exigeant le respect des conditions de travail adéquates, le Conseil d'État entend lutter contre le risque de sous-enchère et de sur-enchère. D'aucun-e-s argumentent que le risque de sous-enchère paraît – a priori – peu présent dans une période de pénurie de personnel du secteur de la santé ; toutefois, il existe bel et bien, dans la mesure où les hôpitaux subissent une forte pression pour compresser les coûts de fonctionnement, augmenter l'efficience et la productivité du travail fourni. Sachant que les charges salariales représentent environ 70% des coûts de fonctionnement d'un hôpital, c'est logiquement le poste de dépenses qui représente un levier rapide et sur lequel les institutions agissent lorsque des économies doivent être faites ou que la concurrence sur les coûts amène à devoir améliorer les marges et la rentabilité comparativement à d'autres institutions.

En outre, garantir des conditions de travail adéquates (en ce qui concerne la rémunération, le temps de travail et de repos, les vacances, les indemnisations en cas de travail irrégulier, la couverture des frais professionnels), participe, en contribuant à la satisfaction du personnel et à la qualité de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, tant à fidéliser celui-ci qu'à favoriser la recherche de personnel qualifié, lequel est indispensable à la capacité d'un établissement à remplir les mandats de prestations qui lui sont confiés. Or, le fait de disposer du personnel qualifié est aussi une des exigences formulées à l'article 39 alinéa 1 lettre b de la LAMal et à l'article 58d alinéa 2 lettre a de l'OAMal dans le cadre de la planification hospitalière.

De manière plus générale, des conditions de travail non adéquates conduisent à un manque de reconnaissance générale de ces fonctions, laquelle engendre une baisse de la motivation et de l'engagement des collaborateurs-trices, une hausse de l'absentéisme et des burn-out, une hausse des tournus de personnel – et par conséquent, des difficultés à assurer la continuité des soins. Tout ceci concourt à engendrer une baisse de la qualité des soins et un risque pour la sécurité des patient-e-s. Sur le plan systémique, une pression trop importante sur les conditions de travail nuit à terme à l'attractivité des établissements et altère leur capacité à recruter des professionnel-le-s qualifié-e-s, ainsi que des candidat-e-s à la formation, et partant, réduit leur capacité à garantir la formation de la relève.

En outre, le Conseil d'État tient à rappeler l'importance du contexte neuchâtelois. En effet, les Neuchâteloises et les Neuchâtelois ont confirmé à une très large majorité être favorables au maintien de la CCT Santé 21 pour le personnel de la santé lors de la votation cantonale du 26 novembre 2017. Ainsi, la population a montré l'importance qu'elle accorde au partenariat social et

[21] Cet objet a été accepté à la double majorité du peuple suisse, avec 61% des voix, et des cantons - tous sauf un -, le 28 novembre 2021. Dans le canton l'acceptation a atteint presque 64%.

aux conditions négociées dans ce cadre entre les acteurs de la santé. À cet égard, il convient de rappeler que la deuxième étape de mise en œuvre de l'initiative fédérale sur les soins infirmiers (art. 117b Cst.) prévoit une nouvelle règlementation visant à améliorer les conditions de travail et, en particulier, à contraindre les partenaires sociaux à engager des discussions sur les conditions de travail et à mener des négociations concernant une CCT.

En résumé, vu ce qui précède, convaincu du lien entre conditions de travail et qualité et économicité des prestations, le Conseil d'État entend exiger comme condition d'admission pour l'attribution d'un mandat de prestations à charge de l'AOS l'exigence de garantir des conditions de travail adéquates pour le personnel soignant, thérapeutique et médico-technique.

Sachant toutefois qu'un renvoi général et abstrait aux conditions de la CCT Santé 21 n'est pas conforme aux principes de planification hospitalière fixés par le droit fédéral (ATAF, C-7017/2015, consid. 10.7.1), le Conseil d'État précise dans l'article 83f (cf. ci-dessous) les éléments à respecter qu'il considère comme de nature à assurer, voire à améliorer, la qualité et l'économicité des prestations.

Lettre e : Concept de prise en charge des patient-e-s assurant la liaison avec les fournisseurs de prestations en amont et en aval
À l'heure où l'exercice de la médecine et les prises en charge se fragmentent en un nombre grandissant de prestataires, l'importance de la mise en réseau est primordiale pour l'efficacité, l'économicité des prestataires – mais aussi de l'ensemble du système sanitaire – et la qualité des prestations (p.ex. ne serait-ce qu'afin d'éviter la surmédicalisation, la sous-médicalisation et les prestations à double). Il est donc primordial que les hôpitaux disposent d'un concept de prise en charge permettant d'assurer la liaison avec les fournisseurs de prestations en amont et en aval de l'hospitalisation et une appréhension globale de la situation du ou de la patient-e. Soigner les interfaces et favoriser un suivi efficace des patient-e-s contribue aussi à la maîtrise des coûts et à une allocation efficiente des ressources dans le système de santé.

Lettre f : Prise en charge respectueuse du-de la patient-e
La population neuchâteloise parle essentiellement le français, qui est d'ailleurs la langue officielle du canton. Par conséquent, il est important que les institutions hospitalières qui seront appelées à lui fournir des prestations soient capables d'assurer une prise en charge en langue française, de manière à respecter le droit à l'information du ou de la patient-e et à obtenir son consentement libre et éclairé. Cependant, dans une région dont le tissu comprend bon nombre d'immigré-e-s, un hôpital qui met en place un système d'interprétariat communautaire présente un avantage à prendre aussi en considération.

Lettre g : Engagement dans le développement durable
À l'instar d'autres pays dans le monde, la Suisse est confrontée à de nombreux défis : enjeux énergétiques et changements climatiques, défis de l'intégration professionnelle, résilience des chaînes d'approvisionnement de la population, perte de biodiversité, vieillissement de la population, augmentation des coûts de la santé ou encore enjeux urbanistiques. Sur le plan international, la réponse apportée par l'ONU à ces défis est celle de l'Agenda 2030, programme qui constitue le cadre de référence mondial pour la mise en œuvre du développement durable à l'horizon 2030. En adoptant l'Agenda 2030, composé de dix-sept objectifs de développement durable (ODD), la Suisse s'est engagée à réaliser ces ODD sur le plan national d'ici à 2030. Cet engagement est également ancré dans la Constitution fédérale aux articles 2, 54 et 73 et se concrétise au travers de la stratégie fédérale pour le développement durable. Le développement durable est ainsi une exigence importante pour toutes les politiques sectorielles de la Confédération.

Les cantons ont un rôle central à jouer pour contribuer à cette mise en œuvre. À cette fin et conformément à l'obligation qui lui est faite à l'article 5, alinéa 2 de la Constitution cantonale, le Conseil d'État s'engage donc à assumer ses responsabilités vis-à-vis des générations futures dans l'accomplissement des tâches relevant de son domaine de compétences. Il dispose, pour ce faire, d'une stratégie et d'une loi cantonale sur l'action publique en vue d'un développement durable. En matière de planification hospitalière, l'État de Neuchâtel souhaite intégrer l'enjeu du développement durable parmi les critères d'attribution des mandats de prestations hospitalières. En effet, si le thème de la santé environnementale émerge de manière évidente et même urgente face à la détérioration des écosystèmes et à ses conséquences néfastes de plus en plus documentées sur la santé (maladies chroniques, cancers, troubles neurologiques ou encore, troubles du développement du système reproducteur), il est important que les pratiques médicales et les activités connexes du domaine de la santé ne contribuent pas elles-mêmes (ou le moins possible) à la détérioration de

l'environnement (dissémination de substances pharmaceutiques dans les eaux usées, élimination de médicaments périmés, gaspillage alimentaire dans la restauration collective, etc.).

Le souhait du Conseil d'État d'introduire cette dimension comme nouvelle condition d'admission pour être admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins part d'un double constat désormais largement partagé par la communauté scientifique et dans le domaine de la santé. Sa position s'inscrit en cohérence avec la récente feuille de route « *Pour des services de santé suisses durables dans les limites planétaires* »[22] publiée en 2022 par l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), et en particulier les propositions n°6 et n°7.

D'une part, le dérèglement du climat et l'érosion de la biodiversité[23] constituent une menace majeure pour la santé des populations et les systèmes de santé en général. Ils affectent l'écosystème, l'eau, la production alimentaire, la santé et le bien-être ; ils favorisent la propagation de nouvelles maladies infectieuses et génèrent des dégâts aux infrastructures. Ainsi, de nombreuses études scientifiques soulignent les impacts sanitaires du dérèglement climatique : p.ex. davantage de morbidité et de mortalité, notamment au travers des maladies cardiovasculaires, respiratoires et rénales suite aux vagues de chaleur, davantage d'effets toxiques de la pollution de l'air du fait que l'augmentation des températures favorise la formation d'ozone et l'accumulation de particules fines (ASSM, chapitre 1.2.2). Ceci sans compter, comme le relève l'ASSM, que « *sachant que la précarité socio-économique est un déterminant majeur de la santé, ces changements auront des impacts importants sur la santé physique et mentale* ». Les conséquences sur la santé humaine risquent à terme d'être catastrophiques et irréversibles. Ainsi, les systèmes de santé seront à la fois sous pression face à l'augmentation des besoins liés au dépassement des limites planétaires et à la raréfaction des ressources financières et humaines disponibles.

D'autre part, les activités des systèmes de santé, qui représentent, dans les pays occidentaux, une part importante de l'économie, ont un effet non négligeable sur l'environnement et contribuent à l'empreinte écologique. Jusqu'à présent, le rôle du secteur sanitaire dans le réchauffement climatique est resté largement sous-estimé dans les politiques publiques. Il est statué que les systèmes de santé sont responsables de 3% (Mexico) à 10% (États-Unis) des émissions nationales de carbone selon les pays. En France, les émissions de gaz à effet de serre (GES) du secteur de la santé ont été estimées à environ 8% des émissions nationales. En Suisse, l'ASSM estime celle-ci à 5%. En particulier, « *les secteurs hospitalier et pharmaceutique sont les principaux responsables du réchauffement climatique au sein des systèmes de santé ».* Ceci est principalement lié aux soins aigus et aux opérations chirurgicales ainsi qu'à des traitements énergivores et à l'utilisation de gaz médicaux. Se rajoutent les émissions liées à la consommation d'énergie et à des quantités élevées de déchets matériels, aux transports des patient-e-s, du personnel de santé, des visiteurs-euses et des produits médicaux, aux bâtiments du secteur ou encore aux produits alimentaires et leur production (IRDES).

Sur ce sujet, l'ASSM relève que non seulement « *les services de santé devront s'adapter aux retombées sanitaires découlant des dégradations environnementales (canicules, maladies infectieuses émergentes), mais aussi avoir pour ambition de questionner leur modèle de fonctionnement* ».

En outre, le Conseil d'État considère au travers de sa Stratégie 2030 pour le développement durable que la dimension des ressources humaines fait partie intégrante de la notion de développement durable et ne se limite donc pas seulement aux questions écologiques. En regard des enjeux liés à la raréfaction des ressources, il est primordial d'assurer une affectation adéquate de celles-ci par rapport aux besoins, en particulier face à la pénurie en personnel, laquelle est déjà constatée dans certains secteurs.

En portant cette thématique au niveau de la planification hospitalière, le Conseil d'État agit en faveur de la reconnaissance des coûts hospitaliers, lesquels ont indéniablement un impact sur ceux de la santé à charge de l'AOS. Pour rappel, le Grand Conseil s'est d'ailleurs fixé un objectif en matière de lutte contre le réchauffement climatique de neutralité carbone à 2040. En conséquence, une

[22] Swiss academies communications, Vol. 17, N°4, 2022 : www.samw.ch > Publications > Feuille de route > Pour des services de santé suisses durables dans les limites planétaires (2022).

[23] Feuille de route « *Pour des services de santé suisses durables dans les limites planétaires* », ASSM, Vol. 17, N°4, 2022 : « *Mais également la destruction d'habitats naturels, le changement d'utilisation des sols et les élevages intensifs déstabilisent les interactions entre les espèces, notamment les organismes hôtes et les espèces vectrices de pathogènes, et risquent ainsi de contribuer à l'émergence de maladies zoonotiques. […]* ».

institution hospitalière engagée sur la voie du développement durable concourt à soutenir et améliorer sa propre économicité et la qualité des prestations fournies. En effet, en recourant, par exemple, à des ressources humaines soignantes et non-soignantes de manière adéquate, en optimisant l'utilisation d'énergie et du matériel médical, en réduisant les déchets de matériel, en mutualisant les équipements médicaux ou la production alimentaire, l'institution hospitalière réalise une meilleure utilisation des ressources et agit non seulement en faveur d'une amélioration de son économicité, mais aussi sur l'adéquation et la qualité des prestations. Pour ces motifs, l'engagement en faveur du développement durable et la capacité à démontrer les responsabilités et les mesures engagées dans les domaines économiques sociétaux et environnementaux contribuent à répondre aux exigences de dispenser des prestations efficaces, adéquates et économiques. À ce sujet, le cabinet de consultant PWC et l'université de Bâle affirment, dans un rapport[24] publié en 2022, que « *si une gouvernance durable exige de nouveaux investissements, dans des produits ou des innovations de processus, par exemple, elle permet aussi de réduire les coûts et d'améliorer l'efficacité à long terme* » (p.4/20). Selon eux, « *la prise en compte des critères de durabilité dans les décisions entrepreneuriales ou dans certains projets peut générer directement ou indirectement une baisse des coûts et une hausse d'efficacité dans l'hôpital* » (p. 5/20).

Alinéa 3

Le Département est compétent pour préciser, si nécessaire, ces conditions de manière à garantir une égalité de traitement entre les différentes institutions. Cette tâche relève d'un niveau technique élevé qui doit se traduire dans des directives, lesquelles constituent le niveau légal adéquat pour ce faire. Le Département consultera par ailleurs la déléguée au développement durable pour les enjeux relevant de sa compétence.

Alinéa 4

Si la couverture des besoins le nécessite, le Conseil d'État peut néanmoins admettre sur la liste des institutions hospitalières qui ne rempliraient pas toutes les conditions d'admission. Il doit conserver une marge de manœuvre pour s'assurer que la couverture des besoins est assurée. En effet, il ressort de la jurisprudence existante que la couverture des besoins en soins de la population prime sur des critères d'admission pour figurer sur une liste LAMal.

L'Institut du Droit de la Santé (IDS) précise par ailleurs que le fait d'imposer des critères comme conditions d'accès à la liste hospitalière :

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

Sur la base de cette disposition, le Conseil d'État pourra donc octroyer des dérogations pour tenir compte des spécificités des institutions, notamment lorsque celles-ci sont implantées en dehors du canton et que l'application du droit cantonal trouve sa limite dans le principe de territorialité, ou lorsque l'exigence serait clairement disproportionnée par rapport à la grandeur de l'entité.

Art. 83f (nouveau)

Loi en vigueur	Projet du Conseil d'État
	Conditions de travail adéquates *Art. 83f (nouveau)* *[1]Sont considérées comme adéquates les conditions de travail qui, ramenées à une rémunération horaire exprimée en francs, sont comparables à celles reconnues par le Conseil d'État.* *[2]Le calcul de la rémunération horaire prend en compte les éléments suivants valorisés en francs :* *a) les salaires bruts minimaux et maximaux appliqués pour chaque fonction auxquels sont ajoutées les cotisations*

[24] « Comment les hôpitaux suisses peuvent-ils tirer profit du développement durable ? Réflexions, exemples pratiques et recommandations » PWC & UniBasel, 2022.

	*employeurs au sens de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (*LPP*) du 25 juin 1982 ;* *b) la durée hebdomadaire de travail, ainsi que la durée des vacances et le nombre de jours fériés ;* *c) l'indemnisation du travail irrégulier, de nuit ou de week-end ainsi que les piquets ;* *d) la couverture des frais professionnels*. *[3]Les conditions de travail sont évaluées pour chaque fonction selon les modalités fixées par le Conseil d'État, lequel détermine notamment les composantes du salaire brut.*

Si le TAF a admis que des conditions de travail adéquates contribuaient à la qualité et à l'économicité des prestations, il a également relevé qu'un renvoi général à une convention collective de travail n'était pas admissible. Au contraire, « *il convient que le Conseil d'État […] précise quelles sont les conditions de travail a minima que doit respecter un établissement hospitalier et qu'il explique en quoi ces conditions vont dans le sens, en particulier, de la qualité et de l'économicité des prestations voulues par la LAMal. À cet égard, il sied de rappeler que le lien entre un critère introduit par un canton dans sa planification et le critère de la qualité notamment n'a pas à être démontré à un degré si élevé que seule la preuve stricte, scientifique, de ce lien serait admise* » (consid.10.7.3).

Alinéa 1

Le Conseil d'État s'appuie sur la jurisprudence qui confirme qu'« *offrir des conditions de travail adéquates, en particulier un temps de travail raisonnable et réglementé, […] participe indéniablement, en garantissant repos, santé, qualification du personnel et bonne marche de l'établissement, à la qualité du travail fourni* » (ATF 2C_642/2018 du 29 mars 2019, consid. 5), *« lequel* **travail** *contribue sans conteste à la qualité des prestations fournies par l'établissement employant du personnel – de même qu'à la maîtrise des coûts en réduisant, par exemple, le risque de réhospitalisations »* (ATAF C-7017/2015, consid. 10.6.1). Le vote sur l'initiative fédérale « pour des soins infirmiers forts » est venu confirmer et légitimer cet argumentaire.

En vertu de cet alinéa, sont considérées comme adéquates les conditions de travail citées en alinéa 2, qui, ramenées à une rémunération horaire exprimée en francs, sont au moins comparables à celles reconnues par le Conseil d'État. Cette formulation permet, sans imposer l'application à la lettre de chaque disposition de la convention collective de travail, de garantir un seuil minimum de conditions adéquates, étant entendu que les établissements restent libres de proposer des conditions meilleures, jusqu'à hauteur d'un plafond maximum. La méthode de comparaison préconisée consistant à ramener à une rémunération horaire exprimée en francs a l'avantage d'être simple et objective dans la mesure où elle évite de devoir développer des échelles d'appréciation qualitatives. Au vu de la variabilité des conditions, les comparaisons s'avèrent fort complexes, ce qui les rend difficilement objectivables. À l'inverse, une dimension monétaire se montre moins sujette à des interprétations divergentes.

Cette exigence a pour but d'encourager la compétition entre établissements sur leurs modalités de gestion et d'organisation, en évitant une sous-enchère systématique sur les conditions de travail. Cette dernière serait contreproductive en regard des objectifs visés en matière de qualité et de sécurité, mais aussi en termes d'attractivité des professions de la santé, domaine confronté à d'importants défis de relève. Elle comporte également une protection vis-à-vis du risque de sur-enchère.

Alinéa 2

L'évaluation du respect des exigences minimales posées tiendra compte du niveau minimal et maximal de salaire, dans toutes ses composantes (y compris les cotisations employeurs au sens de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP) du 25 juin 1982) (lettre a), d'équilibre entre temps de travail et temps de repos (lettre b), de la reconnaissance sous forme des indemnités prévues de la pénibilité des conditions d'exercice de ces fonctions en termes de travail irrégulier, de nuit ou de week-end ainsi que de piquets (lettre c), ainsi que de la couverture des frais professionnels (lettre d). Le Conseil d'État considère que toutes

ces dimensions sont constitutives de conditions de travail adéquates de sorte que l'appréciation doit porter sur l'ensemble de celles- ci et non séparément sur chacune d'elle. Cette approche permet de reconnaître la possibilité, pour un hôpital, de trouver un équilibre entre ces dimensions afin d'être un employeur attractif. Par exemple, il n'est pas exclu que, parmi les candidatures d'hôpitaux à l'appel d'offres, certaines institutions hospitalières pratiquent un niveau de salaires minimaux meilleur que celui reconnu par le Conseil d'État, mais une durée hebdomadaire et un nombre de congés moins bon. C'est la raison pour laquelle la méthode de comparaison basée sur le calcul de la rémunération horaire, laquelle exprime dans un seul indicateur ces quatre dimensions, a été choisie : elle permet de reconnaître ces dimensions tout en tenant compte des équilibres éventuellement différents faits entre chacune d'elles.

Lettre a :
Les salaires bruts minimaux et maximaux appliqués pour chaque fonction concernée (voir alinéa 3) font l'objet du contrôle. Sont également inclues les cotisations employeurs au sens de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP) du 25 juin 1982.
Imposer le respect d'un niveau salarial minimum permet d'éviter une sous-rémunération du personnel et une inéquité de traitement à l'intérieur d'une même fonction, lesquelles conduisent à un risque de dumping salarial. Une mauvaise reconnaissance du travail fourni, laquelle se traduit en grande partie par le salaire versé, peut conduire un-e collaborateur-trice à devoir cumuler des emplois, multiplier les heures supplémentaires ou de nuit pour disposer d'un revenu décent. Autant d'éléments qui peuvent péjorer la qualité des prestations fournies, et *in fine* la qualité des prestations de soins prodigués. À terme, il est également difficile de fidéliser le personnel et de compter sur la motivation de collaborateurs-trices, de sorte que l'établissement risque d'engager du personnel moins compétent, moins expérimenté, ponctuel ou sur appel et dont la fidélité à l'employeur sera moindre. Sans compter qu'une sous-rémunération conduit artificiellement à donner une image d'efficience de l'institution alors que les coûts inférieurs ne sont pas le fruit d'une organisation ou d'un management plus performant.

De la même manière, imposer une limite supérieure aux rémunérations salariales pratiquées permet de lutter contre la surenchère, laquelle nuit à l'économicité du système de santé dans son ensemble de par l'augmentation des coûts à charge de l'AOS qu'elle engendre. Sur le plan de l'institution hospitalière, une telle limite contribue à contenir les coûts et à favoriser l'économicité de chacune d'elles, permet de freiner la tendance au débauchage et contribue à la fidélisation du personnel (p.ex. en limitant les incitations pour le personnel de santé à changer d'employeur pour accroître son revenu). Ainsi, cela contribue également à la qualité des prestations en favorisant la continuité des soins et la stabilité du personnel dans les institutions.

Lettre b :
Les modalités liées au temps de travail et temps de repos (y compris horaires coupés) sont également essentielles pour garantir la qualité des prestations de soins prodigués. Elles sont d'autant plus importantes dans le secteur hospitalier, connu pour ses longues journées de travail (de jour, de nuit, durant le week-end), la pénibilité physique de ses tâches (travail debout, charge des patient-e-s lors des transferts ou manipulations de soins), ainsi que la fatigue psychique engendrée (situations de maladies et sociales de plus en plus complexes, situation de fin de vie, etc.). Un hôpital qui ne respecterait pas des conditions de travail adéquates sur ces éléments nuirait à la capacité de son personnel à se ressourcer et à sa propre attractivité en tant qu'employeur, ce qui, à terme, prétériterait son fonctionnement ainsi que la qualité des soins dispensés. À ceci se rajoute le fait que des conditions horaires pénibles ou trop longues augmentent l'absentéisme dans les équipes et le tournus du personnel, ce qui en conséquence affaiblit la qualité des prestations et concourt à une hausse des coûts (davantage de recours à du personnel en urgence, sur appel, etc.), soit à une baisse de l'économicité.

Lettre c :
Il s'agit ici de tenir compte de l'ensemble des indemnisations du travail irrégulier, de nuit ou de week-end ainsi que les piquets. Comme expliqué ci-dessus, le Conseil d'État considère que les indemnisations visées dans cette disposition sont constitutives de la rémunération du travail fourni (lettre a) et participe à une juste reconnaissance des conditions de travail particulier du secteur sanitaire, en particulier hospitalier lequel est soumis à des rythmes et des horaires pénibles (lettre b). Ainsi, le respect de conditions de travail adéquates sur le plan de ces indemnités contribue à la qualité des prestations fournies par le personnel et à l'économicité de celles-ci, ainsi que celle de l'institution au travers des différents liens systémiques déjà décrits ci-avant.

Lettre d :
Cela peut comprendre la couverture des frais de repas principaux et de logement hors de l'institution pour motif professionnel, des frais d'utilisation de son véhicule privé à usage professionnel, etc. Le Conseil d'État estime que ces éléments sont également constitutifs de conditions de travail adéquates au motif qu'ils sont la conséquence de tâches et activités commandées par l'employeur. Une juste reconnaissance de ces frais contribue à la reconnaissance de travail fourni.

Au cours de l'élaboration du présent article 83f, le Conseil d'État a examiné si d'autres dimensions devaient également être incluses dans ce qu'il considère comme constitutives de conditions de travail adéquates. Certes, les conditions de travail offertes par un employeur peuvent contenir une multitude de dispositions différentes, chacune avec une grande palette de nuances. À titre d'exemple, il peut s'agir d'offre d'accès à coûts réduits à des installations sportives ou des hébergements de vacances, à des services de repas à domicile, d'accès garanti ou à coût réduits à des modes de gardes avec horaire élargi en soirée/nuit pour les collaborateurs-trices parents lors de leurs heures de travail, à des prestations d'assurance privée à coûts réduits ou autres avantages en nature, etc. Plus le nombre d'éléments pris en compte dans la comparaison est grand, plus la comparaison devient délicate du point de vue méthodologique et tend à diluer et affaiblir l'importance des éléments relevant de l'alinéa 2. Par ailleurs, nombre de ces prestations ne sont pas toujours utilisées par les collaborateurs-trices, de sorte qu'il faudrait être en mesure de chiffrer non seulement l'avantage économique offert, mais celui effectivement obtenu de cette disponibilité. Par conséquent, le Conseil d'État a préféré, sciemment, se concentrer sur les éléments qu'il considère comme fondamentaux et essentiels de conditions de travail, ce qui consolide leur importance.

Suite à l'arrêt du TAF, les dispositions prévues à l'article 83f ont fait l'objet de discussions avec SMNH. Ses représentants ont considéré qu'ils pouvaient les accepter sous réserve de deux exceptions. La première concerne les allocations complémentaires pour enfants – absentes des conditions de travail de cette institution –, qui ne devraient pas, selon SMNH, être intégrées dans l'évaluation, pour deux raisons : d'une part, ces allocations ne s'appliquent qu'à un groupe particulier de collaborateurs- trices et d'autre part, la valeur du travail réalisée par un-e collaborateur-trice ne devrait pas varier en fonction de sa situation familiale ou parentale. La seconde exception concerne la lettre b) que SMNH souhaite supprimer dans son intégralité dans la mesure où la durée du travail (hebdomadaire, vacances et congés) devrait être mise en relation avec la pénibilité du travail. Selon cet acteur, le nombre d'heures potentiellement travaillées en plus chez SMNH serait compensé par une moindre pénibilité du travail, dans la mesure où l'activité stationnaire, objet de la présente planification hospitalière de SMNH, est dans sa quasi-totalité élective, avec une admission programmable. Enfin, SMNH a également exprimé le souhait que la comparaison prenne également en compte des éléments non salariaux tels que le fait que SMNH pratique des prix de repas moins chers pour son personnel que d'autres institutions, offre des accès à des activités sportives, etc.

Pour les raisons évoquées plus haut et parce que ces dispositions sont considérées comme moins importantes comparativement aux dispositions citées à l'alinéa 2, le Conseil d'État ne les a pas retenues dans le présent projet de modifications de la loi de santé.

Enfin, le Conseil d'État a examiné si les dispositifs de formation et « anti-harcèlement » ou si le modèle de progression salariale devait également faire partie des éléments soumis à évaluation car considérés comme constitutifs de conditions de travail adéquates. En ce qui concerne le modèle de progression salariale, le Conseil d'État estime possible de renoncer à l'exigence de progression individuelle automatique ou de compensation systématique de l'inflation puisqu'il entend procéder à des vérifications périodiques (voir alinéa 3) du respect des éléments ci-dessus. Si ces progressions ou compensations ne sont pas octroyées, tôt ou tard, les conditions de travail ne s'avèreront plus comparables à celles servant de référence. S'agissant du dispositif de formation, les efforts dans ce domaine font partie des obligations prévues à l'article 83q imposées aux hôpitaux recevant un mandat de prestations ; dès lors, il n'a pas jugé utile de rajouter cet élément le considérant comme déjà couvert. Enfin, pour ce qui est de l'existence d'un dispositif anti-harcèlement, le Conseil d'État ne l'a pas non plus retenu au vu de la difficulté de qualifier et apprécier sa qualité au-delà du simple critère de savoir si un tel dispositif existe ou pas. Pour être pertinent, il s'agirait plutôt d'en apprécier sa composition, son fonctionnement, la pertinence de ses décisions, autant d'éléments impossibles à résumer de manière monétaire. Toutefois, le choix de renoncer à inclure ces dimensions s'explique par le cadre donné par la jurisprudence et les difficultés à en réaliser une comparaison, mais ne doit pas être interprété comme le fait que le Conseil d'État accordait à celles-ci de manière générale une moindre attention.

Alinéa 3

Cette disposition donne la compétence au Conseil d'État de définir les modalités selon lesquelles la comparaison se concrétisera et le contrôle s'opèrera pour les fonctions considérées comme relevant du personnel soignant, thérapeutique et médico-technique au sens de l'article 83e alinéa 2 lettre d.

Au moment du dépôt de leur candidature suite à l'appel d'offres, les institutions devront faire la démonstration du respect de cette condition pour chacun-e de leurs collaborateurs-trices concerné- e-s. Le contrôle de cette condition serait confié à un organe de révision externe.

Par la suite, les institutions devront démontrer, via un rapport *ad hoc* soumis au contrôle d'un organe de révision externe, que cette condition est toujours respectée. D'autres nuances sur les modalités de contrôle ultérieurs pourront être précisées par le Conseil d'État : par exemple, concernant le rythme des contrôles (p.ex. au moins tous les trois ans), la méthodologie (intégralité du personnel, méthode d'échantillonnage, scénarios), les fonctions concernées, etc. À titre d'exemple, si l'on considère l'actuelle grille des fonctions en vigueur dans la convention collective de travail CCT Santé 21, il s'agirait des fonctions relevant de la famille 10 Soins, 20 Thérapie et 30 Médico-techniques.

3. Obligations incombant aux institutions hospitalières inscrites sur la liste hospitalière

Cette sous-section énonce les conditions qui vont régir l'exécution du mandat de prestations. L'institution qui postule est donc déjà rendue attentive sur ce qui sera attendu d'elle dès lors qu'elle est inscrite sur la liste hospitalière neuchâteloise. La violation de ces obligations pourra entraîner des mesures administratives au sens de l'article 123 de la loi de santé ou des sanctions disciplinaires (art. 123b LS) ou contractuelles. Selon la nature et l'intensité des violations constatées, celles-ci peuvent avoir pour conséquence la résiliation du mandat, respectivement la radiation de l'institution de la liste hospitalière.

Art. 83g (nouveau)

Loi en vigueur	Projet du Conseil d'État
	Maintien des conditions d'admission *Art. 83g (nouveau)* *L'institution admise sur la liste hospitalière respecte les conditions d'admission pour tout le temps de son inscription sur la liste.*

Les conditions d'admission doivent être maintenues pour toute la durée du contrat de prestations.

Art. 83h (nouveau)

Loi en vigueur	Projet du Conseil d'État
	Admission des patient-e-s *Art. 83h (nouveau)* *[1]Dans les limites du mandat confié par le Conseil d'État, l'institution hospitalière prend en charge les patient-e-s résidant dans le Canton de Neuchâtel sans discrimination liée à l'âge, la nationalité, l'origine, l'appartenance religieuse, au genre ou le type de contrat d'assurance contracté par le-la patient-e.* *[2]L'obligation d'admission est respectée du point de vue du type de contrat d'assurance si au moins la moitié des patient-e-s que l'institution hospitalière a accueilli-e-s sont exclusivement au bénéfice de l'assurance obligatoire des soins dans le domaine de prestations pour lequel elle est mandatée.*

Alinéa 1

Comme relevé précédemment, la planification hospitalière sert notamment à assurer à la population neuchâteloise une couverture hospitalière suffisante. L'obligation d'admission doit être respectée sans discrimination aucune, non seulement sur le plan financier et des assurances, mais aussi au niveau de l'âge, de la nationalité, de l'origine, de l'appartenance religieuse ou du genre du ou de la patient-e.

Alinéa 2

La LAMal prévoit, en son article 41a, alinéa 1, une obligation d'admission pour les hôpitaux admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Cette obligation s'entend dans les limites du mandat et des capacités disponibles de l'institution.

L'objectif de cette disposition est d'éviter une sélection des patient-e-s qui privilégierait celles et ceux qui disposent d'une assurance complémentaire privée, générant une activité mieux rémunérée. Le respect de cette obligation est évalué rétroactivement chaque année dans le cadre du contrôle du contrat de prestations. Ainsi, elle est réputée remplie si les prestations faisant l'objet d'un mandat de l'État sont financées exclusivement par l'AOS pour au moins la moitié des patient-e-s relevant du mandat de prestations, au niveau du domaine de prestations (et non du groupe de prestations). Ce pourcentage délibérément bas tient compte du fait que le taux[25] de couverture des assuré-e-s au bénéfice d'une assurance privée n'est pas précisément connu dans le Canton de Neuchâtel comme ailleurs, conférant ainsi une marge de sécurité lors du processus de sélection des institutions hospitalières. Il correspond au même niveau d'exigence qui fut posé dans la planification hospitalière précédente actuellement en vigueur.

À titre d'indication, on peut établir qu'en 2022, la proportion de patient-e-s dont les prestations ont été financées par l'AOS exclusivement se monte à 96.1% pour le Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe) et à 84.9% pour Swiss Medical Network Hospitals SA (SMNH, Hôpital de la Providence et Clinique de Montbrillant).

Art. 83i (nouveau)

Loi en vigueur	Projet du Conseil d'État
	Dossier patient informatisé et cybersanté *Art. 83i (nouveau)* *[1]L'institution hospitalière exploite un dossier patient informatisé à l'aide d'un système d'information clinique répondant aux standards techniques et compatible avec le dossier électronique du patient au sens de la LDEP.* *[2]Elle utilise un système d'aide à la prescription électronique des médicaments, dont l'interopérabilité sur le plan technique est assurée dans le respect des principes prescrits par la stratégie Cybersanté de la Confédération et par le droit fédéral et cantonal.* *[3]Elle met en œuvre des mesures appropriées de protection contre les cyberrisques et en faveur de la cybersécurité.*

Parmi les priorités fixées par le Conseil d'État dans sa politique sanitaire cantonale 2015 - 2022 figure le développement de l'informatique de santé dans le canton, lequel trouvera un prolongement dans le prochain rapport (Politique de santé 2025-2030) sur ce même sujet. Pour ce faire, il travaille à l'élaboration et au déploiement d'une stratégie cybersanté (ou eHealth) visant notamment à améliorer l'échange d'informations de santé entre les différents prestataires de soins par un recours accru à l'informatique de santé.

[25] Toutefois, le taux peut être estimé à partir de la variable « *chambre commune, semi-privée ou privée* » de la statistique médicale (MS, Office fédéral de la statistique), selon les chiffres figurant dans le précédent rapport du Conseil d'État au Grand Conseil concernant la planification hospitalière neuchâteloise 2023, 1ère partie, évaluation des besoins (chapitre 4.4.9, Tableau 9 Nombre d'hospitalisations en soins somatiques aigus de patient-e-s neuchâtelois-e-s (uniquement AOS) dans les hôpitaux hors canton, par canton de destination, 2016 – 2018). Sur la base de cette méthode, il serait actuellement de 10%.

En plus du dossier électronique du patient (DEP), les trois conditions suivantes qui avaient été introduites dans le cadre de la planification hospitalière 2016 et reprises dans les alinéas suivants devront également être respectées :

Alinéa 1

L'institution hospitalière exploite un dossier patient informatisé (DPI), dossier primaire, à l'aide d'un système d'information clinique répondant aux standards techniques pour une intégration appropriée au DEP. Cette disposition correspond à une exigence fédérale.

Alinéa 2

L'institution hospitalière utilise un logiciel d'aide à la prescription des médicaments, couplé au DPI, de manière à réduire tant que possible les risques liés à une mauvaise administration des médicaments.

Alinéa 3

Cette exigence vise à renforcer la cybersécurité et la sécurité des données au sein du système de santé et à amener les institutions hospitalières à se protéger de façon optimale contre les cyberrisques. Elle s'inscrit dans la ligne de la « Stratégie Cybersanté 2.0 » ayant été élaborée conjointement par la Confédération et les cantons. En outre, cette exigence est conforme aux recommandations de la CDS en matière de planification hospitalière (n°16 a-b-c).

Art. 83j (nouveau)

Loi en vigueur	Projet du Conseil d'État
	Transparence et accès aux données *Art. 83j (nouveau)* *[1]L'institution hospitalière fournit au service toutes les informations nécessaires aux contrôles de la bonne exécution des mandats confiés et toutes informations qu'il requiert dans le cadre de la planification hospitalière.* *[2]Elle fournit les documents comptables relatifs aux suivis financiers et aux projections budgétaires, incluant les comptes annuels, ainsi que les budgets.* *[3]Elle fournit les statistiques d'activités et les indicateurs de qualité.*

Alinéa 1

Le canton doit pouvoir s'assurer de la bonne exécution du mandat confié à l'institution hospitalière. De ce fait, il doit pouvoir prendre connaissance des documents utiles. Une certaine transparence est ainsi demandée aux institutions qui sollicitent un mandat de prestations public.

Les institutions hors canton font néanmoins déjà l'objet d'une surveillance du canton dans lequel elles se situent, d'autant plus si elles sont inscrites sur la liste hospitalière de celui-ci. Le droit qui leur est applicable dans le cadre de cette surveillance est donc réservé (voir art. 83b, al. 8) et les autorités neuchâteloises ne requerront que les documents qui permettent de mesurer la bonne exécution du mandat neuchâtelois.

Alinéa 2

Pour permettre à l'État d'assurer un suivi de l'activité et de la situation financière de l'institution hospitalière, l'autorité doit pouvoir accéder aux documents habituellement élaborés, à savoir le rapport annuel de gestion ainsi que les comptes annuels audités par une société experte en révision. Elle doit également pouvoir demander des compléments d'informations ou d'analyses à l'organe de révision, si cela s'avère nécessaire.

Alinéa 3

Selon les articles 12 et 13 de l'Ordonnance fédérale sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP), les institutions doivent tenir une statistique des prestations. Elles sont en outre soumises à la loi sur la statistique fédérale (LSF). Elles sont ainsi tenues de livrer, dans les délais impartis, leurs données complètes et exactes de la statistique administrative des hôpitaux (KS) et de la statistique médicale (MS) à l'Office fédéral de la statistique (OFS). Elles doivent également transmettre les données pertinentes à SwissDRG SA pour l'élaboration et le maintien des structures tarifaires dont cette société s'occupe.

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

L'ensemble des hôpitaux qui figureront sur la liste hospitalière devront participer aux mesures de qualité développées par l'ANQ, étant entendu que, conformément aux exigences de la jurisprudence, ladite participation n'implique pas d'être affilié à l'association ANQ. À titre d'information, il s'agit notamment de mesures en lien avec la satisfaction des patient-e-s, la surveillance des infections du site opératoire, les chutes et les escarres ou les réhospitalisations potentiellement évitables.

Dans le même ordre d'idée, les institutions figurant sur la liste hospitalière sont appelées à participer aux relevés qualité établis par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), soit les indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus qui sont relevés dans le cadre des statistiques de l'assurance-maladie. Elles établissent en outre un rapport sur la qualité selon le modèle de H+[26]. À ceci pourraient s'ajouter d'autres mesures que la Commission fédérale de la qualité récemment créée (révision de la LAMal en 2021) est susceptible d'édicter à l'avenir.

Pour procéder aux comparaisons nécessaires lors de l'évaluation des contrats de prestations et dans la perspective du suivi de la présente planification hospitalière, il est indispensable de fixer un cadre contraignant s'agissant des outils à utiliser, comme les principes comptables ou de facturation des prestations, l'accès aux données et la transmission de statistiques. Ceci va dans le sens de ce qui est préconisé par la LAMal qui prévoit notamment en son article 49, alinéa 7, que les hôpitaux doivent disposer d'instruments de gestion adéquats (comptabilité analytique et statistiques).

Art. 83k (nouveau)

Loi en vigueur	Projet du Conseil d'État
	Pérennité de l'institution *Art. 83k (nouveau)* *L'institution hospitalière adopte une gestion saine et pérenne présentant des garanties suffisantes sur la période de planification, en termes financiers ainsi que d'infrastructures et d'équipements.*

Dans le prolongement des exigences en matière de pérennité financière posées dans le cadre de l'examen du caractère économique des prestations (art. 83e, al.1, let. b, se référant aux prescriptions fédérales OAMal), il est attendu de l'institution figurant sur la liste hospitalière cantonale qu'elle démontre, au-delà du seul moment de l'élaboration de la planification hospitalière, être en mesure de garantir son activité sur les court et moyen termes d'un point de vue financier.

[26] www.hplus.ch > qualité > rapport sur la qualité.

Art. 83l (nouveau)

Loi en vigueur	Projet du Conseil d'État
	Exigences comptables *Art. 83l (nouveau)* *S'agissant de sa comptabilité financière et analytique, l'institution hospitalière applique les standards et dispose des certifications de la branche tels que définis par le département.*

Alinéa 1

Selon les articles 9 et 10 de l'OCP, les institutions doivent tenir une comptabilité analytique dans laquelle les coûts sont justifiés de manière appropriée et une comptabilité financière.

De manière à pouvoir procéder à des comparaisons adéquates des coûts analytiques, l'utilisation du modèle REKOLE® proposé par H+ aux hôpitaux figurant sur la liste hospitalière actuelle est actuellement préconisée.

La certification précitée pouvant cependant s'avérer très lourde pour de petites institutions, le Conseil d'État pourra les exempter de cette obligation, comme il l'avait fait dans le cadre de la planification 2016.

Alinéa 2

Il est important également que les institutions hospitalières obtiennent des certifications. Elles leur permettent de disposer de données de coûts transparents, établis selon une méthodologie fiable, reconnue par les assureurs maladie, et comparables avec d'autres établissements dans la mesure où le modèle est désormais largement répandu.

Actuellement, il est demandé que les établissements soient certifiés REKOLE® durant toute la période de leur mandat de manière à garantir la qualité de la comptabilité analytique.

Art. 83m (nouveau)

Loi en vigueur	Projet du Conseil d'État
	Tarif et codage *Art. 83m (nouveau)* *[1]L'institution hospitalière applique le modèle de tarifs intégré basé sur la comptabilité par unité finale d'imputation défini par le département.* *[2]Sur demande du service, elle invite celui-ci à assister aux négociations sur les tarifs et lui transmet les documents utiles.* *[3]Elle se soumet à la révision annuelle de son codage médical.*

Alinéa 1

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

Pour ce faire, le canton se doit de disposer de données comparables et entend dès lors fixer un standard pour la présentation des données utiles à la définition des tarifs. Le but de cette disposition est de satisfaire à la jurisprudence rendue par le TAF à ce sujet, qui impose aux cantons de procéder à des comparaisons entre hôpitaux (benchmarking) pour s'assurer du caractère économique du tarif soumis à leur appréciation (ATAF C-1698/2013 du 7 avril 2014, consid. 10.9.5, et ATAF 2014/36 du 11 septembre 2014, consid. 4.4).

Actuellement, la CDS a émis des recommandations sur l'examen de l'économicité et privilégie l'utilisation du modèle dénommé ITAR_K[27] élaboré par H+. À noter que ce modèle fait appel à des données établies selon une comptabilité analytique élaborée via la méthode REKOLE®.

Le TAF reconnaît que, dans l'attente d'une comparaison nationale telle que prévue par la LAMal, les recommandations de la CDS ont le mérite de garantir une certaine homogénéité dans le calcul des coûts d'exploitation pertinents pour le benchmark. De plus, compte tenu de l'importance et de la large diffusion que les instruments REKOLE® et ITAR_K ont acquises, il considère qu'il n'est pas judicieux de remettre fondamentalement en question leur utilisation (ATAF C-4374/2017 du 15 mai 2019).

Pour les institutions hors canton, le droit cantonal de leur lieu de situation est réservé selon l'article 83b, alinéa 8.

Alinéa 2

Enfin, pour lui permettre de bien saisir les enjeux des négociations et des tarifs issus de celles-ci, le canton souhaite pouvoir assister aux négociations en matière de tarifs. Il n'entend pas s'immiscer dans les négociations, mais uniquement avoir une position d'observateur. Le Conseil d'État n'entend toutefois pas exercer ce droit dans le cas des négociations tarifaires conduites par des institutions sur le plan national ou lorsqu'une institution est implantée hors du territoire neuchâtelois, ainsi que le lui permet l'article 83v alinéa 2. Si l'État juge sa présence nécessaire, les institutions hospitalières veilleront à l'inviter à leurs négociations et à lui transmettre les documents utiles.

Alinéa 3

Dans le cadre du financement par pathologie introduit au niveau national en 2012 (SwissDRG, Swiss Diagnosis Related Groups), le codage médical prend une importance particulière. En effet, celui-ci définit l'attribution d'un code à une prestation, lequel définit le DRG (Diagnosis Related Group) à appliquer et a dès lors une influence notable sur le prix de cette prestation. En sa qualité de financeur, l'État se doit ainsi de s'assurer que les prestations qui lui sont facturées découlent d'un codage approprié. Il n'entend cependant pas reprendre le codage de chaque prestation, domaine dans lequel il ne peut d'ailleurs pas se prévaloir de compétences particulières. Cela étant, il est demandé aux partenaires figurant sur la liste hospitalière qu'ils soumettent leur codage à un organe spécialisé pour révision. Sur ce plan également, le Conseil d'État entend appliquer cette exigence de manière modérée en activant un allégement possible en vertu de l'article 83v alinéa 2 pour les petites structures.

Art. 83n (nouveau)

Loi en vigueur	Projet du Conseil d'État
	Implication en matière de santé publique *Art. 83n (nouveau)* *[1]L'institution hospitalière participe aux efforts de lutte contre les maladies transmissibles ainsi que de prévention et de contrôle des infections.* *[2]Elle participe aux programmes de prévention et de promotion de la santé définis par le canton dans lequel elle fournit ses prestations, en lien avec les mandats attribués.* *[3]Si elle dispose d'un service de soins intensifs, elle prend toutes les mesures requises par la législation fédérale sur les transplantations en matière de don d'organes.*

Alinéas 1 et 2

Il est attendu ici, que les institutions hospitalières participent aux efforts visant à protéger, maintenir et améliorer l'état de santé de la population neuchâteloise et qu'elles inscrivent leurs actions dans

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

la politique de santé publique développée par l'État, notamment dans la lutte contre les maladies transmissibles et la prévention et le contrôle des infections. À titre d'exemple, il pourrait être demandé aux institutions de communiquer leurs données dans le cadre de la surveillance des bactéries multi-résistantes, de déclarer les flambées de cas de maladies transmissibles (dont la déclaration n'est pas obligatoire pour un individu), de suivre un programme d'observance à l'hygiène des mains et de disposer de ressources en matière de médecine du personnel.

Dans la politique sanitaire 2015 - 2022 et la stratégie de prévention et promotion de la santé 2016 - 2026, l'accent a été mis sur une amplification des programmes de dépistage et de promotion de la santé, notamment de programmes de dépistage du cancer[28] et de programmes de prévention spécifiques[29]. Ces actions n'ont de sens que si elles sont portées largement par l'ensemble des acteurs du système de santé et l'hôpital tient une place importante dans ce cadre.

S'agissant des établissements sis hors canton pour lesquels le Conseil d'État ne peut imposer de telles conditions pour des raisons évidentes de territorialité, ils devront néanmoins prendre part aux programmes de prévention et promotion de la santé de leur propre canton d'implantation et en faire la démonstration.

Alinéa 3

La législation fédérale sur la transplantation donne aux cantons un certain nombre de prérogatives en matière de don d'organes. Le Canton de Neuchâtel s'investit depuis plusieurs années dans la promotion du don d'organes. Il participe notamment au financement du Programme latin de don d'organes[30] (PLDO).

L'article 45 de l'Ordonnance sur la transplantation prévoit notamment que les cantons veillent à ce que les hôpitaux dotés d'un service de soins intensifs définissent des procédures d'identification des donneurs-euses potentiel-le-s, d'information aux proches, etc. et en assurent leur déroulement 24 heures sur 24. Partant, les hôpitaux qui sollicitent un mandat de prestations pour une activité nécessitant de disposer d'un service de soins intensifs devront prendre les mesures nécessaires en vue de favoriser le don d'organes.

Article 83o (nouveau)

Loi en vigueur	Projet du Conseil d'État
	Droit des patient-e-s *Art. 83o (nouveau)* *[1]L'institution hospitalière respecte les droits des patient-e-s garantis par la législation fédérale et cantonale, en particulier le droit à l'information ainsi qu'au consentement libre et éclairé du-de la patient-e.* *[2]Elle prend les dispositions nécessaires pour s'assurer de la transmission orale ou écrite d'informations compréhensibles aux patient-e-s.*

Alinéas 1 et 2

Différentes lois fédérales et cantonales, en particulier le code civil (art. 370 CC - directives anticipées) suisse et la loi de santé neuchâteloise (art. 21 et suivants, de la LS), reconnaissent au ou à la patient-e des droits spécifiques dans sa relation avec les professionnel-le-s de la santé. Parmi les principaux figurent le droit à l'information du ou de la patient-e, qui impose que celui-ci ou celle-si soit informé-e de manière claire et appropriée par le-la professionnel-le de la santé sur son état de santé, sur les examens et traitements envisageables, sur les conséquences et les risques encourus, sur le pronostic et sur les aspects financiers du traitement, de manière à pouvoir donner un consentement libre et éclairé aux traitements envisagés. Le-la patient-e capable de

[28] Programmes de dépistage du cancer du sein (secteurs concernés : gynécologie-obstétrique, oncologie, radiologie) et du côlon (secteur concerné : gastroentérologie) gérés par l'Association pour le dépistage du cancer BEJUNE (ADC BEJUNE).
[29] Par ex. mise en place de cours de préparation à la naissance, avec interprétariat, pour parents migrants.
[30] Voir sous http://pldo.hug-ge.ch/ pour de plus amples informations.

discernement, qu'il-elle soit majeur-e ou mineur-e, a le droit de changer d'avis et de retirer son consentement.

Cela implique donc que l'institution prenne des mesures adéquates non seulement pour les personnes de langues étrangères ou simplement d'une langue nationale différente que celle pratiquée sur le site hospitalier, de manière à ce que celles-ci puissent comprendre spécifiquement la nature des soins dont elles vont bénéficier. Cela va également dans le sens de l'utilisation d'un langage inclusif lorsque la personne rencontre des difficultés de compréhension, de lecture ou autre.

Pour les patient-e-s non francophones, l'institution hospitalière s'engage à prendre les dispositions nécessaires pour qu'ils-elles puissent bénéficier d'informations compréhensibles, par exemple par le biais de l'interprétariat communautaire.

Art. 83p (nouveau)

Loi en vigueur	Projet du Conseil d'État
	Développement durable *a) principe* *Art. 83p (nouveau)* *[1]L'institution hospitalière s'engage en matière de développement durable.* *[2]Elle met en place une organisation pertinente à cet effet et utilise des outils de suivi des performances et d'amélioration continue.*

Alinéas 1 et 2

Inscrivant son action dans le cadre des différents engagements internationaux, fédéraux et cantonaux, lesquels s'imposent tant aux acteurs privés que publics et parapublics, l'État s'est engagé au fil des ans de manière toujours plus marquée sur la voie du développement durable, lequel intègre les dimensions économiques, sociétales et environnementales. Il convient d'inciter un nombre croissant de prestataires de l'État à le rejoindre sur cette voie (voir également commentaires de l'article 83e alinéa 2 lettre g). Parmi ceux-ci, le secteur hospitalier doit être impliqué dans les thématiques en lien avec le développement durable, raison pour laquelle il est prévu d'obliger les institutions hospitalières à travailler dans ce sens. La présente disposition en pose le principe. D'ailleurs, la majorité des grandes institutions hospitalières (p.ex. RHNe, CHUV, HUG) ont déjà reconnu les bénéfices et se sont engagés dans des démarches de développement durable.

Les manières de mener une telle démarche sont nombreuses et les domaines abordés variés. Conscient de la nouveauté que constitue une exigence à travailler dans le sens du développement durable et du fait que les institutions hospitalières postulantes connaissent des réalités différentes et bénéficient de ressources différentes selon leur mission et la dimension de leur activité, la loi se limite, dans cette première révision, à imposer que l'établissement mette en place une stratégie et démontre son engagement en matière de développement durable.

Article 83q (nouveau)

Loi en vigueur	Projet du Conseil d'État
	b) Formation, insertion et intégration professionnelle *Art. 83q (nouveau)* *[1]L'institution hospitalière sise dans le canton participe à l'effort de formation du personnel de santé non universitaire et des médecins dans le cadre défini par le Conseil d'État.* *[2]Elle met à disposition le nombre de places de formation postgrade en médecine par filière et par année selon les prescriptions du département.* *[3]Elle participe à l'effort de formation continue de son personnel de santé non universitaire.*

	[4]Elle forme un quota minimum d'apprenti-e-s dont le taux et les modalités de calcul sont fixés par le département, selon la politique cantonale en la matière. *[5]Elle participe à l'effort d'insertion au sens de la loi sur l'action sociale du 25 juin 1996 et organise des mesures d'intégration professionnelles dans le cadre défini par le Conseil d'État.*

Alinéa 1

En matière de responsabilité sociétale, déclinaison du développement durable, les institutions mandatées sises dans le canton doivent prendre une part active aux efforts de formation du personnel de santé non universitaire et des médecins.

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

Il y a lieu de relever que les coûts de la formation des professions de santé non universitaires sont compris dans les coûts à charge de l'AOS et devraient donc être rémunérés via les tarifs. En revanche, les coûts de la formation des médecins étant identifiés par la LAMal comme prestation d'intérêt général (art. 49, al. 3) sont exclus des coûts à charge de l'AOS.

Alinéa 2

La formation postgraduée débute après l'obtention du diplôme de médecin et dure en principe de cinq à six ans, jusqu'à l'obtention du titre fédéral de spécialiste nécessaire notamment à l'exercice de la médecine libérale. Les détenteurs d'un diplôme de médecin ont à choix quarante-cinq programmes/filières de formation pour se spécialiser dans une discipline. Cette formation se déroule dans les établissements formateurs reconnus par l'Institut suisse pour la formation postgraduée (ISFM)[31].

Selon l'OBSAN, « *en Suisse, les ressources en médecine humaine et leur répartition géographique et disciplinaire font depuis longtemps l'objet de discussions et d'interventions politiques. Malgré l'augmentation des capacités de formation, 60% seulement des postes de médecins assistants sont actuellement pourvus par des candidats issus de la relève suisse.* »[32] En outre, l'augmentation du nombre de places d'étude ne garantit pas que les médecins supplémentaires se spécialiseront dans les domaines où les besoins sont les plus importants.

Le système de santé suisse, parmi lequel Neuchâtel ne fait pas exception, est confronté à une inadéquation entre, d'une part, le nombre de médecins formés et les disciplines de spécialités choisies, et d'autre part, les besoins actuels et futurs de la population. Cela s'illustre notamment par une pénurie de médecins dans certaines spécialités et régions géographiques et une surabondance dans d'autres spécialités ou centres urbains : par exemple on constate, de manière générale, une pénurie de médecins de premier recours et une surabondance dans d'autres spécialités.

Cette situation mettant en danger la couverture des besoins en soins médicaux de la population dont les cantons sont les garants, le Conseil d'État entend assurer la meilleure couverture possible des besoins médicaux dans les spécialités nécessaires à l'approvisionnement en soins. Pour cette raison, il souhaite que l'institution hospitalière mandatée sise dans le canton s'engage à mettre à disposition le nombre de places de formation postgrade en médecine par filière et par année selon les prescriptions du département. Ces dernières viseront à assurer la relève en médecins dans les spécialités nécessaires. À titre d'exemple, le programme romand REFORMER (Réorganisation de la formation médicale postgrade en Suisse romande), en cours de déploiement, vise à réguler et répartir les places de formation entre les différents établissements formateurs et les disciplines de spécialité prioritaires. Les informations sur les besoins en relève médicale issues de ce programme

[31] Les établissements formateurs sont des services ou unités d'hôpitaux, de cliniques, d'établissements spécialisés, de services ambulatoires, de cabinets médicaux ou d'autres institutions actives dans le milieu médical.
[32] OBSAN Rapport 05/2023, « Projections des besoins et des effectifs de médecins spécialistes en Suisse », Neuchâtel, 2022.

pourront orienter le département dans l'élaboration des prescriptions en matière de places de formation postgrade.

Alinéa 3

Parallèlement, les institutions mandatées sises dans le canton sont amenées à offrir des opportunités de formation continue pour l'ensemble de leur personnel non universitaire, afin que ce dernier soit en mesure de régulièrement actualiser ses connaissances et compétences professionnelles.

Alinéa 4

Au sein de l'administration cantonale, un quota minimum d'apprenti-e-s (dans et hors du domaine de la santé) a été fixé par arrêté. Le but du présent alinéa est que cette politique cantonale en matière de formation soit également appliquée dans les institutions hospitalières sises dans le canton, inscrites sur la liste hospitalière.

Néanmoins, l'application par analogie du quota de 4% pouvant s'avérer délicate pour certaines institutions, notamment spécialisées, et certaines formations, en particulier celles qui ne s'acquièrent pas en formation duale, le Conseil d'État pourra, sur la base de l'article 83b, alinéa 8, prévoir des dérogations et les intégrer dans les contrats de prestations.

Le département fixera dans une directive le taux minimum d'apprenti-e-s attendu et les modalités de calcul à appliquer pour évaluer le respect de l'obligation du taux minimum fixé, et ce en veillant à ce qu'il soit conforme à la politique cantonale en la matière. Par exemple, il pourra tenir compte de la spécificité de l'activité du domaine sanitaire : le personnel à considérer pour le calcul du pourcentage n'inclura pas les professions HES de la santé (au sens de la LPSan et la LPsy) et les professions médicales universitaires (au sens de la LPMéd).

Notons que parallèlement à ces efforts menés, une obligation de former des infirmières et infirmiers ES et HES, de même que des assistantes et assistants en soins et santé communautaires (CFC d'ASSC), sera progressivement introduite dans le Canton de Neuchâtel dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers. À ce sujet, le message de Conseil fédéral concernant l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers du 25 mai 2022 (FF 2020 I 1498, chapitre 4.3) est explicite : « *Les cantons devront déterminer les besoins en places de formation pratique pour les infirmiers ES et HES* […]. *Ils accorderont des contributions aux acteurs de la formation pratique pour leurs prestations et détermineront, pour chaque acteur, les prestations imputables (art. 5, al. 1). Les cantons ou les communes qui ne connaissent pas encore d'obligation de formation dans les hôpitaux, les EMS et les services d'aide et de soins à domicile ou de rémunération des prestations de formation pratique devront l'introduire et assurer le financement de la rémunération des acteurs de la formation pratique.* »

Alinéa 5

Dans le prolongement de la participation à l'effort de formation décrit précédemment et pour répondre à des objectifs similaires, l'État entend que les institutions hospitalières participent activement à l'organisation de leur propre relève en personnel. Il en va de la capacité à assurer les prestations et, à terme, de la qualité de celles-ci. C'est à ce titre qu'une telle obligation est de nature à contribuer à la qualité des prises en charge, telle qu'exigée par la LAMal. Partant, le Conseil d'État attend également que ses partenaires institutionnels sis dans le canton s'engagent dans le domaine de l'insertion au sens de la loi sur l'action sociale du 25 juin 1996 et des mesures d'intégration professionnelle dans le cadre défini par le Conseil d'État (notamment le Règlement concernant les mesures d'intégration professionnelles (RMIP).

La participation à l'effort dans le domaine peut prendre diverses formes, telles que l'annonce des fonctions dans les offices régionaux de placement (ORP), l'encouragement de la mobilité professionnelle entre acteurs régionaux du secteur de la santé ou encore l'accueil de stagiaires dans des buts de réinsertion. Une contribution minimale de (ré-)insertion professionnelle est dès lors attendue de leur part s'ils figurent sur la liste hospitalière et qu'ils ont accès à une part de financement public.

Article 83r (nouveau)

Loi en vigueur	Projet du Conseil d'État
	c) Valorisation des ressources locales *Art. 83r (nouveau)* *L'institution hospitalière sise dans le canton valorise les ressources locales sous réserve des exigences de la législation en matière de marchés publics.*

Cet alinéa s'inscrit dans la voie et la dynamique ouvertes par le canton, notamment au travers de l'activation, en 2020, de la plateforme « *agir-ne.ch* », qui avait été lancée au moment de la crise liée à la Covid-19. Même si cet instrument particulier n'existe plus aujourd'hui, le Conseil d'État estime essentiel que la démarche continue à être soutenue et incarnée. Cette exigence vise donc à sensibiliser et à stimuler les institutions partenaires sises dans le canton à agir, investir et créer pour le canton, dès lors que celui-ci leur attribue des mandats de prestations. Faire le choix de consommer localement permet d'investir et de créer des emplois de proximité, qui vont eux-mêmes soutenir la relance et favoriser la consommation locale. La création de ce cercle vertueux sera profitable pour l'ensemble de la population et des entreprises du canton. En outre, une telle dynamique s'inscrit pleinement dans un objectif de développement durable, puisqu'en plus d'être bénéfique socialement et économiquement, elle est également davantage respectueuse de l'environnement.

Article 83s (nouveau)

Loi en vigueur	Projet du Conseil d'État
	Cessation d'activité *Art. 83s (nouveau)* *[1]Dès qu'elle est menacée dans sa pérennité ou qu'elle envisage la cessation de ses activités, l'institution hospitalière informe sans délai le Conseil d'État de sa situation.* *[2]Pour assurer la continuité des prestations, elle propose au Conseil d'État un partenaire apte à remplir les exigences de la présente loi et disposé à reprendre le mandat de prestations à la date de cessation d'activité et l'informe de ses démarches et de leur résultat.*

Alinéas 1 et 2

La planification hospitalière vise à établir une nouvelle liste hospitalière qui entrerait en vigueur en 2026. Néanmoins, le domaine hospitalier est en constante mouvance. La cessation d'activité d'un hôpital inscrit sur la liste hospitalière ne peut, par exemple, être exclue. Or, le canton doit garantir la couverture des soins hospitaliers de la population neuchâteloise et doit dès lors s'assurer qu'une telle situation, résultant d'une décision volontaire ou forcée, ait le moins de conséquences possibles sur l'accès aux soins.

Cette disposition devrait permettre de pallier au mieux la problématique d'une institution en passe de ne plus pouvoir remplir son mandat. Les partenaires figurant sur la liste hospitalière devraient alors entreprendre certaines démarches, à savoir :

– informer le Conseil d'État, sans délai, de sa situation ou de sa volonté de mettre fin à ses activités ;

– trouver un partenaire disposé à reprendre le mandat de prestations à la date de cessation d'activité et informer le Conseil d'État de ses démarches et de leur résultat.

Rappelons ici que la décision finale d'inscrire ou non une nouvelle institution hospitalière sur la liste hospitalière neuchâteloise relève de la compétence du Conseil d'État et que celle-ci doit remplir les exigences posées par ce dernier.

D. Formalisation des mandats

Cette rubrique traite de la formalisation de l'attribution des mandats selon qu'il s'agit d'une institution hospitalière ou d'un EMS. Le principe de base consiste à la signature d'un contrat de prestations.

Art. 83t (nouveau)

Loi en vigueur	Projet du Conseil d'État
	Principe *Art. 83t (nouveau)* *[1]Le Conseil d'État formalise l'attribution du ou des mandats, les conditions et les charges qui y sont liées par la conclusion d'un contrat de prestations.* *[2]À défaut de contrat de prestations, et pour autant que les prestations de l'institution soient indispensables à la couverture des besoins, il fixe les obligations spécifiques, les volumes de prestations maximaux et les modalités relatives à la fourniture des prestations, par décision.*

Alinéas 1 et 2

L'attribution du ou des mandats de prestations, ainsi que les conditions et les charges qui y sont liées, sont formalisées dans un contrat de prestations passé entre le Conseil d'État et l'institution hospitalière, dont la validité correspond à la période de la planification hospitalière, ou le cas échéant, à la période contractuelle convenue. Ce contrat est assorti d'avenants annuels, portant notamment sur les objectifs, les tableaux de bord et le cas échéant, les quantités de prestations.

En l'absence de contrats de prestations ou de refus de signer un avenant au contrat de prestations, et pour autant que les prestations de l'institution soient indispensables pour la couverture des besoins, les obligations sont formalisées dans des décisions du Conseil d'État. Néanmoins, le Conseil d'État se réserve le droit d'attribuer le mandat à une autre institution en mesure de répondre aux besoins, voire de procéder à un nouvel appel d'offres.

Art. 83u (nouveau)

Loi en vigueur	Projet du Conseil d'État
	EMS *Art. 83u (nouveau)* *Le Conseil d'État peut prévoir par le biais de la liste des EMS autorisés à pratiquer à charge de la LAMal, qui vaut attribution des mandats de prestations au sens de l'article 39 LAMal, des charges à remplir au sens de l'art. 58f OAMal.*

Cet article donne la compétence au Conseil d'État de prévoir des charges et des conditions lorsqu'il confie un mandat de prestation à un EMS. Il reprend le contenu de l'article 58f OAMal. Dès lors que cette dernière disposition inscrite dans une ordonnance est potestative, il est nécessaire de consolider cette compétence dans une loi formelle cantonale.

Les EMS ne bénéficient actuellement pas de contrat de prestations lorsqu'il s'agit des soins. Un contrat est signé uniquement lorsqu'ils souhaitent bénéficier du subventionnement prévu par la loi sur le financement des EMS (LFinEMS). Dès lors, les charges, les limites ou les conditions sont intégrées directement dans la liste des EMS autorisés à pratiquer à charge de la LAMal.

Art. 83v (nouveau)

Loi en vigueur	Projet du Conseil d'État
	Institutions hospitalières

	Art. 83v (nouveau) *[1]Le Conseil d'État peut prévoir d'imposer aux institutions hospitalières des charges selon l'article 58f alinéa 4, 6 lettres a et b et alinéa 7 OAMal.* *[2]Pour garantir la couverture des besoins, il peut prévoir des allègements ou des dispenses en faveur de certaines institutions hospitalières de certaines obligations prévues aux articles 83g à 83s du présent chapitre, notamment pour les institutions hors canton.*

Alinéa 1

Cet article constitue une base légale formelle qui autorise l'État de Neuchâtel à imposer des charges et des conditions aux institutions qui se voient confier un mandat de prestations, au sens de l'article 58f OAMal, dont il reprend en substance la formulation.

Alinéa 2

Les obligations incombant aux institutions hospitalières inscrites sur la liste hospitalière énumérées dans la sous-section 3 (art. 83g à s) servent à mettre un cadre au mandat confié à l'institution. Il leur sera donc fait référence dans le contrat de prestations ou dans la décision idoine. Une certaine marge de manœuvre est laissée au Conseil d'État lui permettant de tenir compte des spécificités des institutions (situation, dimension), auxquels cas l'exigence du respect de ces obligations pourrait s'avérer disproportionnée, voire contraire au but recherché. Ainsi, afin de garantir la couverture des besoins, des allègements ou des dispenses à certaines obligations prévues aux articles 83g à 83s du présent chapitre peuvent être prévues.

Section 1ter : Équipements médico-techniques lourds

Art. 83w nouveau

Loi en vigueur	**Projet du Conseil d'État**
Équipements techniques lourds Art. 83b[1]Pour assurer la maîtrise des coûts de la santé et pour sauvegarder un intérêt public prépondérant, la mise en service d'équipements techniques lourds ou d'autres équipements de médecine de pointe, dans le domaine hospitalier ou ambulatoire, public ou privé, est soumise à l'autorisation du Conseil d'État sur préavis du Conseil de santé. [2]Les critères et la liste des équipements soumis à autorisation sont fixés par arrêté du Conseil d'État, sur préavis du Conseil de santé, et sont régulièrement mis à jour. [3]L'autorisation peut être subordonnée à une convention entre partenaires publics et privés.	Autorisation de mise en service *Art. 83w (nouveau)* [1]Pour assurer la maîtrise des coûts de la santé et pour sauvegarder un intérêt public prépondérant, la mise en service *ou la réaffectation* d'équipements *médico*-techniques lourds ou d'autres équipements de médecine de pointe, dans le domaine hospitalier ou ambulatoire, public ou privé, est soumise à l'autorisation du Conseil d'État. [2]L'autorisation peut être subordonnée à une convention entre partenaires publics et privés. *[3]Le remplacement d'un équipement qui a déjà fait l'objet d'une autorisation de mise en service doit être annoncé au service.* *[4]La cessation d'exploitation d'un équipement autorisé doit être annoncée au service.* [5]Les critères et la liste des équipements soumis à autorisation sont fixés par arrêté du Conseil d'État, sur préavis du Conseil de santé, et sont régulièrement mis à jour.

Cet article reprend globalement l'article 83b actuellement en vigueur avec l'ajout de deux nouveaux alinéas et une réorganisation de l'article. Il acquiert un nouveau numéro d'article sous un titre de section nouveau pour assurer la cohérence de la structure du chapitre de la loi.

Concernant le régime d'autorisation par le Conseil d'État pour la mise en service d'équipements médico-techniques lourds, il est proposé plusieurs mesures :

– Ne plus solliciter le préavis du Conseil de santé sur les demandes d'autorisation de mise en service. Cette démarche n'apporte pas de plus-value dans la pratique et alourdit inutilement le traitement de la demande (al. 1). Par contre, une demande d'autorisation en cas de réaffectation est désormais requise. La réaffectation ne devrait pas permettre d'augmenter le nombre d'appareils sans que le besoin ne puisse être confirmé par l'État.

– Ne plus soumettre le remplacement/renouvellement de tels équipements déjà autorisés à autorisation, mais uniquement à une obligation d'annonce. Toutes les demandes de renouvellement ont été approuvées jusqu'à présent. Le traitement de ces demandes n'apporte aucune plus-value en termes de santé publique, mais occasionne par contre un travail non négligeable pour les requérant-e-s et l'administration. Il s'agit également de ne pas freiner inutilement les bénéfices résultant d'une évolution technologique (al. 3).

– Soumettre à une obligation d'annonce au service la cessation d'exploitation d'un équipement autorisé. Le service doit pouvoir disposer d'un inventaire à jour des appareils en service (al. 4).

Art. 97, al. 2 (abrogé)

Loi en vigueur	Projet du Conseil d'État
Définition **Art. 97**[145] 1Les 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. 2Les cliniques sont des hôpitaux privés, qui ne sont pas répertoriés au sens de l'article 41, alinéa 1bis LAMal.	Art. 97, al. 2 (abrogé) 2*(Abrogé)*

L'alinéa 2 est tombé en désuétude, ce qui justifie son abrogation.

Art. 102 (nouvelle teneur)

Loi en vigueur	Projet du Conseil d'État
Maisons de naissance **Art. 102**[152] Les maisons de naissance sont des institutions qui ont pour mission de prendre en charge des accouchements présumés sans complications sur un mode ambulatoire ou en permettant un hébergement post partum.	Art. 102 (nouvelle teneur) Les maisons de naissance sont des institutions qui ont pour mission de prendre en charge des accouchements présumés sans complications sur un mode ambulatoire ou *stationnaire,* ou en permettant un hébergement post partum.

Suite à la révision de la LAMal sur le financement hospitalier, les accouchements en maison de naissance sont remboursés par la LAMal (art. 29, al.2, let. b) dès lors que l'institution est inscrite sur une liste hospitalière. La prise en charge « stationnaire » s'est donc développée dans ces institutions, leur activité ne se limitant plus à l'ambulatoire. Le présent projet de loi tient compte de cette évolution.

Article 105a (nouvelle teneur)

Loi en vigueur	Projet du Conseil d'État
Financement des prestations de soins **Art. 105a** Le Conseil d'État est compétent pour régler le financement: a) des soins aigus et de transition au sens de l'article 25a, alinéa 2 LAMal;	*Financement des prestations de soins* *Art. 105a (nouvelle teneur), note marginale actuelle* *Le Conseil d'État est compétent pour régler (suppression de : le financement) :*

b) du coût résiduel des soins fournis lors d'accueil de jour et de nuit au sens de l'article 7a, alinéa 4 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), du 29 septembre 1995; c) du coût résiduel des soins de longue durée au sens de l'article 25a, alinéa 2 LAMal, lorsqu'ils sont fournis par des organisations de soins et d'aide à domicile selon l'article 51 OAMal.	*a) (ajout de) les modalités et le financement des soins aigus et de transition au sens de l'article 25a, alinéa 2 LAMal ;* *b) (ajout de) le financement du coût résiduel des soins fournis lors d'accueil de jour et de nuit au sens de l'article 7a, alinéa 4 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), du 29 septembre 1995 153 ;* *c) (ajout de) le financement du coût résiduel des soins de longue durée au sens de l'article 25a LAMal, lorsqu'ils sont fournis par des EMS et des organisations de soins et d'aide à domicile selon l'article 51 OAMal.*

Cet article a été adapté pour prendre en compte la modification de l'article 25a, de la LAMal entrée en vigueur au 1er janvier 2019. Il s'agit d'une adaptation de forme.

Article 123b, alinéa 1 et 4 et note marginale (nouvelle teneur)

Loi en vigueur	**Projet du Conseil d'État**
b) responsables des institutions **Art. 123** [1]En cas de violation des dispositions de la présente loi et de ses dispositions d'exécution par des institutions au sens des articles 77 et suivants ou par des pharmacies ou drogueries au sens des articles 109 et suivants, les autorités compétentes pour prononcer des mesures disciplinaires à l'encontre de leurs responsables sont les suivantes: a) le-la médecin cantonal-e et le-la pharmacien-ne cantonal-e, s'agissant des avertissement, blâme et amende jusqu'à 20.000 francs; b) le service, s'agissant des avertissement, blâme et amende jusqu'à 50.000 francs;	*b) institutions et leurs responsables* *Art. 123b, al.1 et 3 (nouvelle teneur)* *[1]En cas de violation des dispositions de la présente loi et de ses dispositions d'exécution par des institutions au sens des articles 77 et suivants ou par des pharmacies ou drogueries au sens des articles 109 et suivants, les autorités compétentes pour prononcer des mesures disciplinaires à l'encontre de leurs responsables (ajout de) ou de l'institution elle-même sont les suivantes :* *a) le-la médecin cantonal-e et le-la pharmacien-ne cantonal-e, s'agissant des avertissement, blâme et amende jusqu'à 20'000 francs ;* *b) le service, s'agissant des avertissement, blâme et amende jusqu'à 50'000 francs ;* *c) le département, s'agissant des avertissement, blâme et amende jusqu'à 100'000 francs.*
[2]L'amende peut être prononcée en sus du retrait de l'autorisation au sens des articles 82 et 110c.	
[3]Lorsqu'une procédure disciplinaire est en cours, le département peut, à titre de mesure provisionnelle, limiter l'autorisation, l'assortir de charges ou la retirer.	
[4]Les mesures disciplinaires peuvent en particulier être accompagnées de l'injonction de suivre une formation complémentaire ou de procéder aux aménagements nécessaires pour se mettre en conformité avec les conditions liées à l'autorisation.	[4]Les mesures disciplinaires peuvent en particulier être accompagnées de l'injonction de suivre une formation complémentaire ou de procéder aux aménagements nécessaires pour se mettre en conformité avec les conditions liées à l'autorisation (ajout de) *ou avec les exigences liées à la planification hospitalière*.

Cet article reprend le contenu de l'article actuellement en vigueur. Il est complété de manière à donner la possibilité au Conseil d'État de sanctionner les institutions elles-mêmes pour le non-respect des dispositions de la loi. La pratique a en effet démontré que les conseils d'administration sont parfois enclins à prendre des décisions stratégiques qui violent les exigences légales, décisions sur lesquelles les responsables des institutions nommées dans l'autorisation d'exploiter n'ont aucune prise. Or, jusqu'à présent, seul-e-s les responsables d'institution pouvaient faire l'objet d'une procédure disciplinaire.

Le montant maximal de l'amende est fixé à 100'000 francs, de manière à jouer un rôle plus dissuasif dans un domaine où les recettes peuvent être très importantes.

4. CONSULTATION

4.1. Consultation des milieux intéressés

Une consultation, ouverte par le département de la santé sur l'avant-projet de rapport concernant la future planification hospitalière relatif aux conditions-cadres, s'est tenue du 8 juillet au 31 août 2024 auprès d'une trentaine d'entités composant les milieux intéressés. Parmi celles-ci, on peut notamment citer des institutions hospitalières figurant sur la liste hospitalière neuchâteloise ou implantées sur le territoire cantonal, des groupements professionnels (médecins et infirmiers), des représentants du milieu syndical, des communes neuchâteloises, des établissements socio-médicaux ou encore les deux associations faîtières des assureurs maladies.

Parmi les vingt-deux prises de position reçues, onze se sont exprimées en faveur de l'avant-projet, parmi lesquelles des institutions hospitalières, les groupements professionnels et les syndicats, les communes neuchâteloises et des services de la santé de cantons voisins. Dans l'ensemble, les avis reçus adhèrent au projet présenté et relèvent sa qualité et sa conformité à la pratique des cantons et à la jurisprudence la plus actuelle. Des points mineurs, telles que l'adaptation des obligations aux réalités des établissements hospitaliers sis hors du canton de Neuchâtel ou l'obligation de formation à la langue française, ont été relevés. La présence d'exigences en termes de conditions de travail (art. 83f) est soulignée positivement. Un syndicat et un groupement professionnel souhaitent voir l'inscription dans le projet d'exigences en termes de dotations minimales pour les hôpitaux. La Société neuchâteloise de médecine (SNM) s'interroge sur l'inadéquation de la formulation de l'obligation concernant les conditions d'engagement qui pourraient s'avérer en porte-à-faux avec les contraintes du secteur privé.

Neuf organismes se sont positionnés comme « sans préavis », dont deux (assureurs maladie) ont été classés comme tels en l'absence de notation spécifique. Le reste des répondants dans cette catégorie sont des institutions hospitalières, d'autres cantons ainsi que l'Institut de droit de la santé de l'Université de Neuchâtel (IDS). Deux d'entre eux ont formulé des remarques d'ordre général ou particulier concernant certains articles de loi. En particulier, le RHNe propose que l'obtention du mandat pour le groupe de prestations « Paquet de base »[33] (PB) constitue un critère de priorité pour l'attribution de mandats pour des groupes de prestations relevant de domaines spécialisés.

Enfin, une prise de position du secteur hospitalier privé neuchâtelois, transmise en plusieurs exemplaires, s'est exprimée en défaveur de l'avant-projet présenté. Les points de désaccord concernent principalement les thématiques suivantes. En premier lieu, celui-ci s'oppose à la possibilité de modifier l'attribution des mandats sans reprendre l'intégralité du processus de la planification hospitalière (art. 83b alinéa 4). Un autre point d'achoppement concerne l'exigence d'une masse critique préalable suffisante aux détriments éventuels d'hôpitaux qui postuleraient pour des nouveaux mandats (art. 83e alinéa 2 lettre b) et souhaitant la prise en compte des cas réalisés en ambulatoire. Sont également contestées certaines obligations prévues dans le contrat de prestations, telles que l'exigence du respect de l'obligation d'admission assorti d'un niveau minimum d'assuré-e-s AOS uniquement (art. 83h), la possibilité pour l'État – en cas de demande de sa part – de se faire inviter aux négociations tarifaires (art. 83m), ainsi que les exigences relatives aux conditions d'engagement et de rémunération des médecins. Sur ce dernier point, l'institution estime que ces dispositions sont intrinsèquement contraires à son modèle d'organisation lequel permet néanmoins, selon elle, de répondre aux objectifs visés par cet article.

Suite à cette consultation, le présent projet comporte plusieurs adaptations, juridiques notamment, sans toutefois modifier sa structure ni son essence. En outre, une modification de l'article 83h concernant l'obligation d'admission a été apportée, de sorte que l'absence de discrimination couvre aussi la notion de genre ; le seuil minimal exigé d'assuré-e-s uniquement AOS a été ramené à 50%, comme cela est le cas pour la planification actuellement en vigueur. En réponse à certains avis, un nouvel alinéa 2 à l'article 83v ancre la possibilité pour l'État de procéder à des allégements dans les obligations imposées de manière à pouvoir tenir compte de certaines spécificités. Il s'agit de

[33] Le groupe de prestations « Paquet de base » (PB), au sens du du concept de Groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH), élaboré par la Direction de la santé du canton de Zurich (GD ZH), représente les hospitalisations « *comprend toutes les prestations relevant des soins de base dans tous les domaines de prestations. En règle générale, elles sont fournies au quotidien par les spécialistes en médecine interne et en chirurgie, sans recours à d'autres spécialistes. Le PB constitue la base pour tous les hôpitaux comportant un service des urgences et il est obligatoire pour eux. Il représente également une condition que doivent remplir tous les groupes de prestations comportant un fort pourcentage de patients admis en urgence »* (extrait du concept GPPH*).*

reconnaître ainsi que certaines obligations listées ne peuvent s'appliquer aux établissements implantés hors du territoire cantonal pour des raisons juridiques ou qu'elles ne sont pas proportionnées pour des structures de petite taille ; il a aussi été admis que dans le cas de négociations tarifaires conduites au niveau national de l'ensemble d'un groupe hospitalier, il est possible de déroger à la disposition prévoyant d'un représentant-e de l'État.

Enfin, à l'article 83o, la nouvelle formulation de l'alinéa 2 proposée permet d'adresser un but général plus large et concernant l'ensemble des patient-e-s (p.ex. qu'ils/elles soient de langue francophone ou pas, qu'ils/elles présentent des besoins en terme de compréhension). Elle a aussi l'avantage de ne pas préciser le moyen imposé (maîtriser le français), mais plutôt l'objectif visé (compréhension mutuelle).

En revanche, le Conseil d'État n'a pas donné suite à la demande de RHNe de faire de l'obtention du mandat pour le groupe de prestations « Paquet de base (PB) » un critère de priorité pour l'attribution de mandats pour des groupes de prestations relevant de domaines spécialisés.

Enfin, s'agissant de l'article concernant la règlementation traitant des équipements médico-techniques lourds (art. 83w), plusieurs adaptations ont été apportées à la suite de nouvelles réflexions menées à l'interne.

Par ailleurs, sans que cette thématique relève strictement du projet présenté à consultation, deux acteurs ont exprimé le souhait que les projections des besoins fondant la future planification hospitalière soient actualisées sur la base de données plus récentes que les dernières utilisées, à savoir celles de l'année 2019. Le Conseil d'État entend répondre positivement à cette demande, conscient que la réalité connue par les hôpitaux suite à la pandémie ne peut être assimilée à un retour à l'année 2019. Une nouvelle actualisation sera ainsi effectuée en 2025 sur la base des données 2023 de la statistique médicale (MS, OFS).

4.2. Consultation du Conseil de santé

Dans le cadre de sa séance du 31 octobre 2024, le Conseil de santé a émis un préavis positif composé de 13 voix favorables, 2 oppositions ainsi que 2 abstentions.

Parmi les principaux point évoqués, l'ajout d'une exigence visant à conditionner l'octroi de mandats dans les domaines spécialisés au fait de disposer également du mandat de « Paquet de base » a été relevé. Sur ce point, le Conseil d'État n'a pas jugé opportun d'intégrer cette notion et maintient son projet en l'état.

Un autre point de discussion traitait de la pertinence d'ajouter des cautèles à la possibilité de procéder à des allègements ou des dispenses en matière d'obligations (art 83v alinéa 2). Fort de cet échange, le Conseil d'État a précisé le cadre dans lequel ceux-ci seraient octroyés, à savoir la nécessité de garantir la couverture des besoins (art 83v alinéa 2).

Par ailleurs, suite à une remarque formulée concernant la condition d'engagement en matière de développement durable (art. 83e, alinéa 2, lettre g), la formulation de l'article a été précisée de sorte que les mesures engagées en termes de développement durable seront également examinées pour juger du respect de l'article 83e, alinéa 2, lettre g.

Les autres points de discussion ont notamment permis des éclaircissements sur la teneur du présent projet législatif et n'ont pas nécessité de modification de celui-ci selon ses auteurs.

À la suite de la consultation externe et des débats du Conseil de santé, le Conseil d'État a décidé de ne pas retenir la disposition relative aux conditions d'engagement et de rémunération des médecins, dans la mesure où cet outil encore récent n'a pas encore été éprouvé dans la pratique et ne permet pas d'en garantir l'efficacité.

Par ailleurs, le Conseil d'État a décidé de remplacer le terme de « conditions équivalentes » par celui de « conditions comparables » dans l'article 83f alinéa 1 et de retirer dans l'alinéa 2 les allocations complémentaires dans les éléments constitutifs du salaire, lesquels étaient inclus dans la version initiale.

À noter que l'article 83f alinéa 2 lettre a, a, en outre, fait l'objet d'une précision afin d'éviter de possibles divergences d'interprétation.

5. CONSÉQUENCES FINANCIÈRES

Les modifications de la loi de santé envisagées au travers du présent rapport n'ont pas d'incidence directe sur les finances de l'État ; elles n'impliquent pas un vote sur l'engagement de nouvelles dépenses du Grand Conseil.

6. CONSÉQUENCES SUR LE PERSONNEL

Les modifications de la loi de santé envisagées au travers du présent rapport n'ont pas d'incidence directe sur le personnel de l'État.

7. CONSÉQUENCES SUR LA RÉPARTITION DES TÂCHES ENTRE L'ÉTAT ET LES COMMUNES

Le présent projet n'a pas d'impact sur les communes.

8. CONFORMITÉ AU DROIT SUPÉRIEUR

Le présent projet s'inscrit dans l'application de la LAMal et de l'OAMal en particulier de l'article 39 LAMal et 58a et suivants de l'OAMal. Il est conforme au droit supérieur.

9. CONSÉQUENCES ÉCONOMIQUES, SOCIALES ET ENVIRONNEMENTALES, AINSI QUE POUR LES GÉNÉRATIONS FUTURES

La dimension du développement durable a été intégrée dans le chapitre 3 (*« Commentaires articles par article »*) du rapport, et se voit déclinée sous divers angles dans les articles ci-après du projet de loi portant modification de la loi santé, en tant qu'obligation incombant aux institutions inscrites sur la liste hospitalière, au travers de trois articles :

- article 83p, principe du développement durable ;
- article 83q, sous les angles de la formation, de l'insertion et de l'intégration professionnelles ;
- article 83r, sous l'angle de valorisation des ressources locales et de promotion de la domiciliation du personnel.

10. CONSÉQUENCES SUR LA PRISE EN COMPTE DE L'INCLUSION DES PERSONNES VIVANT AVEC UN HANDICAP

Les modifications de la loi de santé envisagées au travers du présent rapport sont sans conséquences particulières sur la prise en compte de l'inclusion des personnes vivant avec un handicap. On peut cependant relever que le nouvel article 83o de la LS renforce les modalités d'accès à une information plus inclusive visant à réduire les obstacles des personnes rencontrant des difficultés de compréhension.

11. VOTE DU GRAND CONSEIL ET RÉFÉRENDUM

L'adoption de la loi est soumise à la majorité simple des votants (art. 309 OGC). La loi est soumise au référendum populaire facultatif (art. 42 al. 3 let. a Cst. NE).

12. MOTION 12.159 PORTANT SUR LE MAINTIEN DE LA CONVENTION COLLECTIVE CCT SANTÉ 21 À L'HÔPITAL DE LA PROVIDENCE

En date du 23 octobre 2012, votre Conseil a accepté la motion populaire 12.159 d'un groupe de citoyens, dont nous rappelons la teneur ci-après :

> ***12.159***
> *23 octobre 2012*
> ***Motion populaire d'un groupe de citoyens***
> ***Pour le maintien de la convention collective de travail CCT santé 21 à l'Hôpital de la Providence***
>
> *Contenu*
>
> *Les soussignés demandent par la voie de la motion populaire que le Conseil d'État, respectivement le Grand Conseil, use de tous les moyens à sa disposition pour obliger la direction de l'Hôpital de la Providence à renoncer à dénoncer la convention collective santé 21 de droit privé qui régit les rapports de travail au sein de cet établissement.*
> *Ils réclament aussi, dans un second temps, que le Conseil d'État empêche toute velléité de la direction de la Providence d'externaliser un quelconque service constitutif de sa structure organisationnelle.*
>
> *Développement*
>
> *L'Hôpital de la Providence a dénoncé la CCT santé 21 pour le 31 décembre 2012. Ce faisant, il a cassé la paix du travail prévue par la CCT. Le but avoué de la dénonciation est de procéder à des économies. Nul doute que celles-ci se feront sur le dos du personnel.*
> *L'existence d'une CCT dans le domaine de la santé est loin d'être anecdotique. Chacun sait qu'un tel contrat vise entre autres à offrir tant à l'établissement qui le signe qu'aux travailleurs qui y sont soumis des conditions de travail attractives pour l'un et l'autre.*
> *En dénonçant unilatéralement cet accord paritaire, l'Hôpital de la Providence sape gravement un pilier du partenariat social dans ce canton. Les associations professionnelles signataires de la CCT santé 21 de droit privé ont tenté vainement de lui faire entendre raison. Rien n'y fait. Aussi semble-t-il nécessaire que le Conseil d'État et le Grand Conseil rappellent à la direction de cet important centre de soins cantonal sa responsabilité sociale face à la population dans son ensemble et au personnel en particulier. Le canton ne saurait se satisfaire d'une politique, à la fois entrepreneuriale et managériale, qui vise à sacrifier les ressources humaines de la Providence sur l'autel du profit que le projet de rattachement au groupe de cliniques privées Genolier Swiss Medical Network préfigure.*

Position du Conseil d'État :

Pour mémoire, il est utile de rappeler qu'un débat politique a eu lieu à ce sujet lors du traitement par le Grand Conseil du projet de loi 13.103. Amendé par la Commission Santé du Grand Conseil pour le rendre plus compatible avec le devoir d'assurer la couverture sanitaire qui incombe au canton, ce projet visait à imposer l'application de la CCT Santé 21 aux hôpitaux figurant sur la liste hospitalière par une inscription de cette condition dans la LS. En l'occurrence, le Grand Conseil a refusé ce projet de loi amendé. Si le Conseil d'État en son temps a pris bonne note de la décision du législatif cantonal, il considère que son refus portait essentiellement sur la forme de la demande contenue dans ledit projet et non sur le fond. Cette compréhension de la décision parlementaire avait déjà été communiquée lors du débat en commission parlementaire ainsi qu'en plénum. Pour cette raison, le

Conseil d'État considérait comme parfaitement légitime le maintien du critère de l'obligation de respecter les conditions de travail prévues par la CCT Santé 21 dans le cadre de la planification hospitalière 2016.

Ainsi, lors de la définition des conditions-cadres qui se sont appliquées à la planification hospitalière précédente encore en vigueur, le Conseil d'État a édicté la condition selon laquelle l'établissement était tenu de respecter les conditions prévues par la CCT Santé 21 de droit public ou de droit privé (article 3 lettre d de l'arrêté du 17 décembre 2014). Il traduisait ainsi à la fois sa sensibilité à la question des conditions de travail du personnel dans le secteur de la santé (comme facteur contribuant aux buts de l'économicité et la qualité de la fourniture des prestations.

Suite au recours déposé contre la planification hospitalière, l'arrêt du TAF a permis de préciser le cadre possible dans ce domaine (chapitre 1.2.3.5) et confirmé que « *dans la mesure où le respect de conditions de travail adéquates par un établissement peut contribuer à atteindre cette qualité, […] il convient d'admettre qu'il s'agit d'une exigence de planification conforme à la LAMal* ». Toutefois, le TAF a critiqué la manière dont l'exigence avait été formulée par l'autorité cantonale précédemment. En effet, « *[…] un renvoi général et abstrait à la CCT Santé 21 ne saurait constituer une condition conforme aux principes de planification hospitalière fixés par le droit fédéral* » (consid. 10.7.1).

Fort de ces enseignements, le Conseil d'État réaffirme aujourd'hui sa conviction selon laquelle des conditions de travail adéquates doivent constituer une exigence à respecter pour pouvoir se voir attribuer un mandat de prestations au sens de la liste hospitalière neuchâteloise. Ce faisant, il a précisé, dans le présent projet de modification de la LS, les conditions à l'aune desquelles cette exigence sera évaluée et considérée comme remplie (art. 83f), ainsi que les motifs pour lesquels de telles exigences servent les buts de la LAMal. Ainsi, le Conseil d'État considère que les préoccupations des auteurs de cette motion trouvent ici une réponse adaptée.

Au vu de ce qui précède, nous proposons le classement de la motion populaire 12.159.

13. CONCLUSION

Par le présent rapport et conformément à l'exigence posée par votre autorité qui a souhaité être saisie de cette étape de la planification, le Conseil d'État présente ses propositions en matière de conditions-cadres régissant l'accès à la liste hospitalière et, par voie de conséquence, l'attribution de mandats de prestations. Afin de concrétiser les compétences élargies que s'est donné le Grand Conseil par la modification de l'article 83a, alinéa 8, de la LS, le Conseil d'État neuchâtelois soumet au Grand Conseil un projet de loi portant modification de la LS (planification hospitalière). Ce faisant, il privilégie une voie qui fera l'objet d'un débat démocratique et qui sera au besoin soumise au référendum facultatif.

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

Les conditions-cadres proposées répondent entièrement aux objectifs poursuivis par une planification hospitalière, soit assurer un accès adéquat aux soins, assurer un standard minimum de qualité et veiller à la maîtrise des coûts. Par ailleurs, certaines conditions décrites ci-dessus ont pour but d'inciter les hôpitaux et les maisons de naissance à s'inscrire dans le réseau sanitaire cantonal dans le respect d'objectifs de santé publique en adéquation avec les stratégies de santé publique à l'échelon national et intercantonal.

D'autres conditions invitent les institutions qui solliciteront des mandats d'intérêt public à assumer leur responsabilité à l'égard de la collectivité au-delà de la seule dimension sanitaire, soit dans une

conception large du développement durable et de ses dimensions économique, sociale et environnementale.

De manière générale, les thématiques des conditions-cadres proposées sont dans leur large majorité analogues à celles de la planification hospitalière actuelle. Trois nouveautés principales sont à relever ; préciser les dispositions prévues en cas d'élaboration d'une planification intercantonale ; formuler des exigences en matière de développement durable, tenant compte ainsi de l'importance croissante de cette thématique et de ses impacts pour l'ensemble de la société, y compris en matière de gestion hospitalière ; enfin, prévoir des exigences en matière de conditions de travail adéquates à respecter jugeant que celles-ci contribuent à la qualité et l'économicité dans la fourniture des prestations.

Vu ce qui précède, nous vous invitons à adopter le projet de loi portant modification de la loi santé (planification hospitalière) ci-après.

Veuillez agréer, Madame la présidente, Mesdames et Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

Neuchâtel, le 18 décembre 2024

Au nom du Conseil d'État :

La présidente	*La chancelière,*
F. NATER	S. DESPLAND

Loi
modifiant la loi de santé (planification hospitalière)

Le Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel,

sur la proposition du Conseil d'État, du 18 décembre 2024,

décrète :

Article premier La loi de santé (LS), du 6 février 1995, est modifiée comme suit :

Art. 73a (nouvelle teneur)

Le Conseil d'État est compétent pour régler le financement du coût résiduel des soins selon l'article 25a LAMal, lorsqu'ils sont fournis par des infirmières et infirmiers selon l'article 49 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), du 27 juin 1995.

Titre de section et de sous-section avant l'art. 83 (nouveau)

Section 1bis : Planifications

A. En général

Principes

Art. 83 et note marginale (nouvelle teneur)

[1]Le Conseil d'État établit une planification des institutions du canton et l'adapte en fonction des besoins de la population, des évolutions de la médecine et de la démographie.

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

[3]Une fois par législature, il adresse au Grand Conseil un rapport d'information sur l'état de la planification.

[4]Ce rapport doit notamment porter sur les options stratégiques ainsi que sur la réalisation des objectifs confiés à RHNe, à AROSS, à Nomad et au CNP, ainsi que sur l'organisation de la prise en charge des soins préhospitaliers au sens de l'article 116a, alinéa 2.

Titre de sous-section avant l'art. 83a (nouveau)

B. Planification médico-sociale

PMS

Art. 83a et note marginale (nouvelle teneur)

[1]Dans le cadre de la planification médico-sociale cantonale, le Conseil d'État établit la planification des besoins par région et par mission en termes d'accueil, d'hébergement et de soins, organisés ou dispensés par les établissements spécialisés au sens de l'article 91, alinéa 1, lettre a, b et d, en tenant compte notamment de la démographie et des évolutions de la médecine.

[2]Il fixe les critères d'attribution des places et des lits planifiés au sens de l'alinéa 1.

[3]Il dresse la liste des établissements spécialisés admis à pratiquer à charge de la LAMal conformément à l'article 39, alinéas 1 et 2[ter] LAMal et ses ordonnances d'application.

Titre de sous-section et de sous-sous section avant l'art. 83b (nouveau)

C. Planification hospitalière

1. Généralités

Processus de planification

Art. 83b et note marginale (nouvelle teneur)

[1]Le Conseil d'État établit la planification des besoins en soins hospitaliers conformément aux critères fixés par l'article 39, alinéas 1 et 2[ter] LAMal et ses ordonnances d'application.

[2]Il dresse la liste hospitalière cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leur mandat au sens de l'article 39, alinéa 1, lettre e LAMal (liste hospitalière).

[3]Il coordonne sa planification hospitalière avec celle des autres cantons conformément à l'article 39, alinéa 2 LAMal.

[4]Il peut modifier l'attribution des mandats fixés dans la liste hospitalière sans reprendre l'entier du processus de planification hospitalière en cas de modifications du système sanitaire et hospitalier.

[5]Il peut subordonner l'octroi de mandats à l'existence d'une collaboration entre les institutions hospitalières.

[6]Le Grand Conseil approuve l'évaluation des besoins établie en vue de l'élaboration de la planification hospitalière.

[7]Les dispositions de la présente section (planification hospitalière) s'appliquent par analogie aux maisons de naissance.

[8]Le droit applicable aux établissements hors canton est réservé.

Planification intercantonale

Art. 83c et note marginale (nouvelle teneur)

[1]Le Conseil d'État établit la planification de la médecine hautement spécialisée conjointement avec les autres cantons.

[2]Il peut établir une planification intercantonale pour d'autres groupes de prestations que ceux couverts par la médecine hautement spécialisée.

[3]Lorsqu'une planification selon l'alinéa 2 implique de retirer des mandats déjà attribués, le Conseil d'État maintient les institutions concernées sur sa liste hospitalière pendant au moins deux ans à compter de l'ouverture de l'appel d'offre intercantonal.

Volumes de prestations maximaux

Art. 83d (nouveau)

[1]Le Conseil d'État peut recourir à un système de gestion des quantités en imposant des volumes de prestations maximaux.

Titre de sous-sous section avant l'art. 83e (nouveau)

2. Conditions d'admission

Conditions d'admission

Art. 83e (nouveau)

[1]Pour pouvoir être admises sur la liste hospitalière, les institutions au sens de l'article 78, lettre *d* et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier

de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (ci-après : les institutions hospitalières) doivent répondre :

a) aux conditions d'admission au sens de l'article 39 LAMal ;

b) aux exigences selon l'article 58b, alinéa 4 et l'article 58d, alinéas 1, 2 et 4 OAMal.

[2]Les institutions hospitalières doivent également :

a) être au bénéfice des autorisations requises en lien avec leur exploitation et leur personnel ;

b) garantir la masse critique suffisante ;

c) pour les groupes, ou les domaines, de prestations définis par le département, démontrer entretenir des collaborations avec d'autres institutions hospitalières reconnues comme centres de compétences capables de les soutenir dans le domaine considéré ;

d) garantir des conditions de travail adéquates au sens de l'article 83f pour le personnel soignant, thérapeutique et médico-technique ;

e) disposer d'un concept de prise en charge des patient-e-s assurant la liaison avec les fournisseurs de prestations en amont et en aval ;

f) démontrer assurer une prise en charge respectueuse du-de la patient-e, en particulier en garantissant un accompagnement en français ou dans une langue qu'il-elle comprend de manière à respecter son droit à l'information et à obtenir son consentement libre et éclairé ;

g) démontrer s'engager en faveur du développement durable et démontrer leur responsabilité et leurs mesures dans les domaines économiques, sociétaux et environnementaux.

[3]Le département précise, si nécessaire et en respect du droit fédéral, les critères d'évaluation des exigences fixées aux alinéas 1 et 2.

[4]Lorsque la couverture des besoins en soins hospitaliers l'exige, des mandats de prestations provisoires et sous conditions peuvent être attribués à des institutions hospitalières qui ne remplissent pas toutes les exigences visées à l'alinéa 2.

Conditions de travail adéquates

Art. 83f (nouveau)

[1]Sont considérées comme adéquates les conditions de travail qui, ramenées à une rémunération horaire exprimée en francs sont comparables à celles reconnues par le Conseil d'État.

[2]Le calcul de la rémunération horaire prend en compte les éléments suivants valorisés en francs :

a) les salaires bruts minimaux et maximaux appliqués pour chaque fonction auxquels sont ajoutées les cotisations employeurs au sens de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP) du 25 juin 1982 et les éventuelles allocations supplémentaires pour enfants ;

b) la durée hebdomadaire de travail ainsi que la durée des vacances et le nombre de jours fériés ;

c) l'indemnisation du travail irrégulier, de nuit ou de week-end ainsi que les piquets ;

d) la couverture des frais professionnels.

[3]Les conditions de travail sont évaluées pour chaque fonction selon les modalités fixées par le Conseil d'État, lequel détermine notamment les composantes du salaire brut.

Titre de sous-sous section avant l'art. 83g (nouveau)

3. Obligations incombant aux institutions hospitalières inscrites sur la liste hospitalière

Maintien des conditions d'admission

Art. 83g (nouveau)

L'institution admise sur la liste hospitalière respecte les conditions d'admission pour tout le temps de son inscription sur la liste.

Admission des patient-e-

Art. 83h (nouveau)

[1]Dans les limites du mandat confié par le Conseil d'État, l'institution hospitalière prend en charge les patient-e-s résidant dans le canton de Neuchâtel sans discrimination liée à l'âge, la nationalité, l'origine, l'appartenance religieuse, au genre ou au type de contrat d'assurance contracté par le-la patient-e.

[2]L'obligation d'admission est respectée du point de vue du type de contrat d'assurance si au moins la moitié des patient-e-s que l'institution hospitalière a accueilli-e-s sont exclusivement au bénéfice de l'assurance obligatoire des soins dans le domaine de prestations pour lequel elle est mandatée.

Dossier patient informatisé et cybersanté

Art. 83i (nouveau)

[1]L'institution hospitalière exploite un dossier patient informatisé à l'aide d'un système d'information clinique répondant aux standards techniques compatible avec le dossier électronique du patient au sens de la LDEP.

[2]Elle utilise un système d'aide à la prescription électronique des médicaments, dont l'interopérabilité sur le plan technique est assurée dans le respect des principes prescrits par la stratégie Cybersanté de la Confédération et par le droit fédéral et cantonal.

[3]Elle met en œuvre des mesures appropriées de protection contre les cyberrisques et en faveur de la cybersécurité.

Art. 83j (nouveau)

Transparence et accès aux données

[1]L'institution hospitalière fournit au service toutes les informations nécessaires aux contrôles de la bonne exécution des mandats confiés et toutes informations qu'il requiert dans le cadre de la planification hospitalière.

[2]Elle fournit les documents comptables relatifs aux suivis financiers et aux projections budgétaires, incluant les comptes annuels, ainsi que les budgets.

[3]Elle fournit les statistiques d'activités et les indicateurs de qualité.

Pérennité de l'institution

Art. 83k (nouveau)

L'institution hospitalière adopte une gestion saine et pérenne présentant des garanties suffisantes sur la période de planification, en termes financiers ainsi que d'infrastructures et d'équipements.

Exigences comptables

Art. 83l (nouveau)

S'agissant de sa comptabilité financière et analytique, l'institution hospitalière applique les standards et dispose des certifications de la branche tels que définis par le département.

Tarifs et codage

Art. 83m (nouveau)

[1]L'institution hospitalière applique le modèle de tarifs intégré basé sur la comptabilité par unité finale d'imputation défini par le département.

[2]Sur demande du service, elle invite celui-ci aux négociations sur les tarifs et lui transmet les documents utiles.

[3]Elle se soumet à la révision annuelle de son codage médical.

Implications en matière de santé publique

Art. 83n (nouveau)

[1]L'institution hospitalière participe aux efforts de lutte contre les maladies transmissibles ainsi que de prévention et de contrôle des infections.

[2]Elle participe aux programmes de prévention et de promotion de la santé définis par le canton dans lequel elle fournit ses prestations, en lien avec les mandats attribués.

[3]Si elle dispose d'un service de soins intensifs, elle prend toutes les mesures requises par la législation fédérale sur les transplantations en matière de don d'organes.

Droits des patient-e-s

Art. 83o (nouveau)

[1]L'institution hospitalière respecte les droits des patient-e-s garantis par la législation fédérale et cantonale, en particulier le droit à l'information ainsi qu'au consentement libre et éclairé du-de la patient-e ;

[2]Elle prend les dispositions nécessaires pour s'assurer de la transmission orale ou écrite d'informations compréhensibles aux patient-e-s.

Développement durable
a) principe

Art. 83p (nouveau)

[1]L'institution hospitalière s'engage en matière de développement durable.

[2]Elle met en place une organisation pertinente à cet effet et utilise des outils de suivi des performances et d'amélioration continue.

b) formation, insertion et intégration professionnelle

Art. 83q (nouveau)

[1]L'institution hospitalière sise dans le canton participe à l'effort de formation du personnel de santé non universitaire et des médecins dans le cadre défini par le Conseil d'État.

[2]Elle met à disposition le nombre de places de formation postgrade en médecine par filière et par année selon les prescriptions du département.

[3]Elle participe à l'effort de formation continue de son personnel de santé non universitaire.

[4]Elle forme un quota minimum d'apprenti-e-s dont le taux et les modalités de calcul sont fixés par le département, selon la politique cantonale en la matière.

[5]Elle participe à l'effort d'insertion au sens de la loi sur l'action sociale du 25 juin 1996 et organise des mesures d'intégration professionnelles dans le cadre défini par le Conseil d'État.

c) valorisation des ressources locales

Art. 83r (nouveau)

L'institution hospitalière sise dans le canton valorise les ressources locales sous réserve des exigences de la législation en matière de marchés publics.

Cessation d'activité

Art. 83s (nouveau)

[1]Dès qu'elle est menacée dans sa pérennité ou qu'elle envisage la cessation de ses activités, l'institution hospitalière informe sans délai le Conseil d'État de sa situation.

[2]Pour assurer la continuité des prestations, elle propose au Conseil d'État un partenaire apte à remplir les exigences de la présente loi et disposé à reprendre le mandat de prestations à la date de cessation d'activité et l'informe de ses démarches et de leur résultat.

Titre de sous-section avant l'art. 83t (nouveau)

D. Formalisation des mandats

Principe

Art. 83t (nouveau)

[1]Le Conseil d'État formalise l'attribution du ou des mandats, les conditions et les charges qui y sont liées par la conclusion d'un contrat de prestations.

[2]À défaut de contrat de prestations, et pour autant que les prestations de l'institution sont indispensables à la couverture des besoins, il fixe les obligations spécifiques, les volumes de prestations maximaux et les modalités relatives à la fourniture des prestations, par décision.

EMS

Art. 83u (nouveau)

Le Conseil d'État peut prévoir par le biais de la liste des EMS autorisés à pratiquer à charge de la LAMal, qui vaut attribution des mandats de prestations au sens de l'article 39 LAMal, des charges à remplir au sens de l'article 58f OAMal.

Institutions hospitalières

Art. 83v (nouveau)

[1]Le Conseil d'État peut prévoir d'imposer aux institutions hospitalières des charges selon l'article 58*f* alinéa 4, 6 lettres a et b et alinéa 7 OAMal.

[2]Pour garantir la couverture des besoins, il peut prévoir des allègements ou des dispenses en faveur de certaines institutions hospitalières de certaines obligations prévues aux articles 83g à 83s du présent chapitre, notamment pour les institutions hors canton.

Titre de section avant l'art. 83w (nouveau)

Section 1ter : Équipements médico-techniques lourds

Autorisation de mise en service

Art. 83w (nouveau)

[1]Pour assurer la maîtrise des coûts de la santé et pour sauvegarder un intérêt public prépondérant, la mise en service ou la réaffectation d'équipements médico-techniques lourds ou d'autres équipements de médecine de pointe, dans le domaine hospitalier ou ambulatoire, public ou privé, est soumise à l'autorisation du Conseil d'Etat.

[2]L'autorisation peut être subordonnée à une convention entre partenaires publics et privés.

[3]Le remplacement d'un équipement qui a déjà fait l'objet d'une autorisation de mise en service doit être annoncé au service.

[4]La cessation d'exploitation d'un équipement autorisé doit être annoncée au service.

[5]Les critères et la liste des équipements soumis à autorisation sont fixés par arrêté du Conseil d'État, sur préavis du Conseil de santé, et sont régulièrement mis à jour.

Art. 97, al. 2 (abrogé)

[2](Abrogé)

Art. 102 (nouvelle teneur)

Les maisons de naissance sont des institutions qui ont pour mission de prendre en charge des accouchements présumés sans complications sur un mode ambulatoire ou stationnaire, ou en permettant un hébergement post partum.

Titre de section avant l'art. 84 (nouveau)

Section 1quater : Reconnaissance d'utilité publique

Art. 105a (nouvelle teneur)

Le Conseil d'État est compétent pour régler :

a) les modalités et le financement des soins aigus et de transition au sens de l'article 25a, alinéa 2 LAMal ;

b) le financement du coût résiduel des soins fournis lors d'accueil de jour et de nuit au sens de l'article 7a, alinéa 4 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), du 29 septembre 1995 ;

c) le financement du coût résiduel des soins de longue durée au sens de l'article 25a LAMal, lorsqu'ils sont fournis par des EMS et des organisations de soins et d'aide à domicile selon l'article 51 OAMal.

b) institutions et leurs responsables

Art. 123b, al. 1 et al. 4, note marginale (nouvelle teneur)

[1]En cas de violation des dispositions de la présente loi et de ses dispositions d'exécution par des institutions au sens des articles 77 et suivants ou par des pharmacies ou drogueries au sens des articles 109 et suivants, les autorités compétentes pour prononcer des mesures disciplinaires à l'encontre de leurs responsables ou de l'institution elle-même sont les suivantes :

a) le-la médecin cantonal-e et le-la pharmacien-ne cantonal-e, s'agissant des avertissement, blâme et amende jusqu'à 20'000 francs ;

b) le service, s'agissant des avertissement, blâme et amende jusqu'à 50'000 francs ;

c) le département, s'agissant des avertissement, blâme et amende jusqu'à 100'000 francs.

[4]Les mesures disciplinaires peuvent en particulier être accompagnées de l'injonction de suivre une formation complémentaire ou de procéder aux aménagements nécessaires pour se mettre en conformité avec les conditions liées à l'autorisation ou avec les exigences liées à la planification hospitalière.

Dispositions transitoires

Art. 2 Les contrats de prestations actuellement en vigueur ainsi que leurs adaptations en lien avec la planification 2016 - 2022 restent soumis à l'ancien droit.

Référendum

Art. 3 La présente loi est soumise au référendum facultatif.

Publication
Entrée en vigueur et promulgation

Art. 4 [1]Le Conseil d'État pourvoit, s'il y a lieu, à sa promulgation et à son exécution.
[2]Le Conseil d'État fixe l'entrée en vigueur de la présente loi.

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil :

La présidente, *Le-La secrétaire général-e,*

TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ 1

1. INTRODUCTION 2

1.1. Rappel du processus de planification hospitalière 2

1.2. Conditions-cadres définies pour la prochaine planification hospitalière ..... 4 ..

1.3. Nouvelles prescriptions cantonales depuis le 1er janvier 2016 9

2. GÉNÉRALITÉS 9

2.1. Objectifs du projet de loi portant modification de la loi de santé ..... 9 ..

2.2. But et cadre légal de la planification hospitalière 9

3. COMMENTAIRE ARTICLE PAR ARTICLE 10

4. CONSULTATION 48

4.1. Consultation des milieux intéressés 48

4.2. Consultation du Conseil de santé 49

5. CONSÉQUENCES FINANCIÈRES 50

6. CONSÉQUENCES SUR LE PERSONNEL 50

7. CONSÉQUENCES SUR LA RÉPARTITION DES TÂCHES ENTRE L'ÉTAT ET LES COMMUNES 50

8. CONFORMITÉ AU DROIT SUPÉRIEUR 50

9. CONSÉQUENCES ÉCONOMIQUES, SOCIALES ET ENVIRONNEMENTALES, AINSI QUE POUR LES GÉNÉRATIONS FUTURES 50

10. CONSÉQUENCES SUR LA PRISE EN COMPTE DE L'INCLUSION DES PERSONNES VIVANT AVEC UN HANDICAP 50

11. VOTE DU GRAND CONSEIL ET RÉFÉRENDUM 51

12. MOTION 12.159 PORTANT SUR LE MAINTIEN DE LA CONVENTION COLLECTIVE CCT SANTÉ 21 À L'HÔPITAL DE LA PROVIDENCE 51

13. CONCLUSION 52

Projet de loi 54