

Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil
concernant
la deuxième étape de 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)

Monsieur le président, Mesdames et Messieurs,

RÉSUMÉ

Suite à l'évaluation des besoins futurs en soins hospitaliers stationnaires (1^{ère} étape – rapport 20.047), le présent rapport décrit la 2^e étape de la planification hospitalière 2023 consistant à définir les conditions-cadres régissant l'accès à la liste hospitalière cantonale, et, par voie de conséquence, les critères d'attribution de mandats de prestations.

Depuis la précédente planification hospitalière, la modification de l'article 83a, alinéa 8, de la loi de santé (LS), adoptée le 1^{er} septembre 2015 et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016, prévoit 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 (...) ». Cette nouvelle disposition octroie des compétences élargies au Grand Conseil et implique désormais de soumettre à son approbation l'évaluation des besoins en soins (1^{ère} partie) ainsi que les conditions-cadres (objet du présent rapport).

Le Conseil d'État vous propose ainsi de modifier la loi de santé neuchâteloise pour pérenniser ces conditions et apporter 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 reprendre très largement les conditions de la planification hospitalière 2016 - 2022, dès lors qu'elles ont été éprouvées dans le cadre du précédent processus et ont donné satisfaction (chapitre 2). Elles correspondent pour l'essentiel aux exigences définies dans la LAMal et ses ordonnances d'application, et leur interprétation a été précisée dans le présent rapport (chapitre 3). En outre, elles sont aussi inspirées des travaux menés par la Conférence des directrices et des directeurs cantonaux de la santé (CDS) en la matière.

Pour répondre à un besoin de clarification, un article dédié à la planification médico-sociale (PMS, art. 83a) 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 (art. 83b) et concrétise des dispositions en cas de planification intercantonale

(art. 83c). À l'instar de la planification précédente, le projet qui vous est soumis prévoit la possibilité pour le Conseil d'État de recourir à un système de gestion des quantités (art. 83d) 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 (art. 83^e al. 2).

Les conditions s'articulent en trois catégories. Dans un premier temps, sont fixés les « prérequis » (art. 83f), visant à définir les conditions d'accès pour participer au processus d'octroi des mandats de prestations. Analogues à la planification précédente, les critères sont complétés d'une exigence (art. 83f, let. e) concernant l'affiliation à une communauté ou à une communauté de référence au sens de la loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP).

Dans un deuxième temps, sont fixées les obligations que les institutions hospitalières s'engagent formellement à respecter (art. 83g à 83t) 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 : d'une part, l'exigence de mettre en œuvre des mesures de protection contre les cyberrisques et en faveur de la cybersécurité (art. 83i, al.3), et d'autre part, l'obligation de s'engager en matière de développement durable (art. 83q, 83r et 83s).

Enfin, les critères dits d'attribution (art. 83u) visent à donner des bases claires, transparentes et équitables au Conseil d'État pour effectuer l'attribution des mandats. Ces critères, pour l'essentiel similaires à ceux de la planification 2016 – 2022, ont été renforcés d'un critère permettant d'apprécier les efforts des hôpitaux qui s'engagent dans une démarche de développement durable (art. 83u al. 1, let. e). Au surplus, il est prévu que si, après examen des candidatures selon les mêmes critères, il s'avère nécessaire de départager certaines d'entre elles, la préférence sera donnée aux institutions de droit public (art. 83u, al. 2). Ceci se justifie par un intérêt public à maintenir des institutions publiques pour garantir la couverture des besoins en soins dans tous les domaines, y compris ceux qui s'avèreraient moins rentables. Cette préférence est aussi conforme aux intentions de votre autorité ayant conduit à la constitution du RHNe, en particulier s'agissant du rôle que celui-ci est appelé à jouer dans le dispositif sanitaire cantonal.

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.

Consultés, les milieux concernés ont eu l'occasion de prendre position sur l'avant-projet de rapport du Conseil d'État (chapitre 4). Trois quarts des prises de positions expriment un préavis favorable ou n'émettent pas d'avis, et un quart fait part d'un avis défavorable.

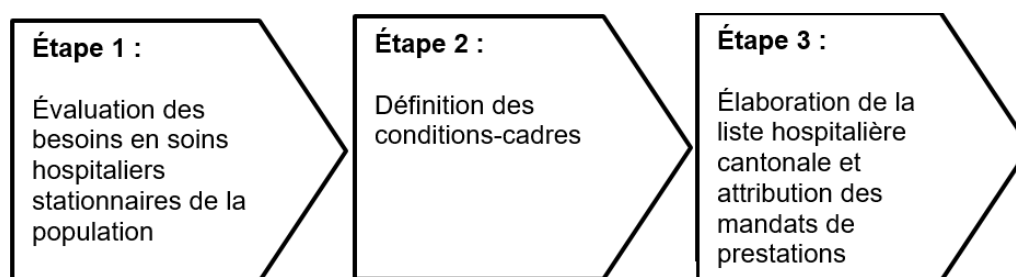
De manière générale, la proposition de modifier la loi de santé pour y inscrire les conditions-cadres n'est pas remise en question et le contenu de celles-ci obtient un consensus parmi les avis favorables exprimés. Le projet tient compte de l'essentiel des remarques émises et le Conseil d'État a maintenu trois dispositions importantes qu'il souhaite voir incluses dans ce projet de loi en dépit des oppositions minoritaires exprimées: la possibilité de recourir à une gestion des quantités des prestations, l'obligation de respecter les conditions de travail de la CCT Santé 21 et, enfin, la nouvelle disposition selon laquelle la préférence sera donnée aux institutions de droit public s'il s'avère nécessaire de départager certaines candidatures entre elles après examen des autres critères.

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 pour la période portant de 2023 à 2030 et d'arrêter une nouvelle liste hospitalière entrant en vigueur au 1^{er} janvier 2023. 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 besoins¹, la planification hospitalière neuchâteloise 2023 porte exclusivement sur l'ensemble des soins somatiques hospitaliers stationnaires aigus, et ne couvre donc pas les soins de réadaptation et de psychiatrie. 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 :

Figure 1 Processus de planification hospitalière neuchâteloise 2023



La première étape a pour objectif de prévoir les besoins en soins hospitaliers stationnaires de la population. Elle est aujourd'hui réalisée et a été présentée dans le rapport du Conseil d'État au Grand Conseil concernant la planification hospitalière 2023 – 1^{ère} partie : évaluation des besoins, du 25 novembre 2020 (ci-après : Rapport sur les besoins). Une synthèse de ce dernier est présentée au chapitre suivant.

La deuxième étape vise à déterminer les conditions d'accès à la liste hospitalière, c'est-à-dire les conditions à respecter pour qu'une institution hospitalière (hôpital, clinique ou maison de naissance) puisse figurer sur la liste hospitalière et se voie attribuer un ou plusieurs mandats de prestations, conformément à l'article 83a, de la LS. Le présent rapport traite spécifiquement de cette deuxième étape.

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

1.2. Synthèse de l'évaluation des besoins

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

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

- Les données de la statistique médicale 2018 de l'Office fédéral de la statistique (OFS) sont utilisées comme données de référence ;
- La planification est réalisée uniquement pour les prestations relevant du domaine des soins somatiques aigus, celles concernant les soins de réadaptation et les soins psychiatriques ne faisant pas à ce stade l'objet des présents travaux de planification 2023, selon les raisons explicitées dans les chapitres 2.5.1. et 2.5.2. du rapport sur les besoins.

Dans le domaine des soins somatiques aigus, le regroupement des prestations s'effectue selon le modèle de groupes de prestations pour la planification hospitalière² (GPPH), ou Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) en allemand, dont l'utilisation a été recommandée par la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Ce modèle répartit les prestations en 25 domaines de prestations, eux-mêmes subdivisés en 139 groupes de prestations (voir le rapport sur les besoins), permettant de disposer d'une structure plus simple que le catalogue SwissDRG qui comprend plus de 1'000 positions, tout en offrant un degré de différenciation des prestations relativement élevé.

Pour la projection des besoins en soins hospitaliers, le Conseil d'État tient compte tant de l'évolution de la demande (évolution démographique et évolution épidémiologique) que de l'évolution de l'offre de prise en charge (évolution médico-technique et virage ambulatoire). Dans le domaine des soins somatiques aigus, il pose diverses hypothèses en relation avec les facteurs d'évolution de l'offre et de la demande, explicitées dans le chapitre 3.5.2. du précédent rapport du Conseil d'État portant sur l'évaluation des besoins. En 2018, il est dénombré 24'199 hospitalisations stationnaires fournies à la population neuchâteloise dans le domaine des soins somatiques aigus (soins palliatifs exclus), tous régimes assuranciers confondus et 22'523 à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). À l'horizon 2030, le Conseil d'État évalue le besoin en hospitalisations stationnaires pour tous les régimes assuranciers confondus à 27'082 cas, et celui en prestations AOS à 25'344 cas (pour tous deux, soins palliatifs exclus).

C'est sur la base du nombre de cas mentionnés ci-dessus que la future offre permettant de les couvrir devra être déterminée.

1.3. Conditions-cadres définies pour la planification hospitalière 2023 – 2030

Les conditions-cadres, objets du présent rapport, ont été définies à la lumière des enseignements résultant des deux planifications hospitalières précédentes, dont les points clés sont résumés ci-après.

1.3.1. 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 2011³, une série de critères à remplir par les hôpitaux pour figurer sur ladite liste et se voir octroyer des mandats de prestations. Il entendait ainsi garantir une analyse transparente et un traitement équitable de l'ensemble des hôpitaux publics et privés lors de l'ultime étape du processus de planification hospitalière que

² Toutes les informations relatives au modèle GPPH se trouvent sur le site internet de la CDS : 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.

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.

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) qui a considéré qu'il était sans objet du moment que l'institution figurait sur la liste hospitalière pour l'ensemble des mandats qu'elle avait sollicités. Le TF a néanmoins relevé qu'il 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 16 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).

1.3.2. Enseignements de la planification hospitalière 2016 – 2022

Les cinq premières années de la planification hospitalière 2016 – 2022 nous permettent de tirer les principaux enseignements suivants.

En premier lieu, la méthodologie articulée en trois axes (les critères impératifs, les conditions générales et les critères d'adjudication) a fait ses preuves et a donné satisfaction, tant pour le planificateur que pour les prestataires ; dès lors, il convient de maintenir cette méthodologie pour la planification hospitalière 2023.

Cette période a également permis d'expérimenter les contraintes et difficultés de la gestion des limitations de quantités attribuées pour les six domaines de prestations électives concernés. 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 systématicité. 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 une certaine souplesse dans l'application.

Par ailleurs, nous observons 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, et 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 planification 2016 - 2022, un prestataire cantonal de soins a refusé de façon systématique et réitérée 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. Bien que ce critère relatif à la convention collective de travail CCT Santé 21 soit encore contesté auprès du TAF de la part d'un établissement de l'actuelle liste hospitalière, et compte tenu de l'importance des éléments couverts par cette convention, le Conseil d'État considère comme essentiel le maintien de cette exigence dans la planification hospitalière 2023.

1.4. Nouvelles prescriptions cantonales depuis le 1^{er} 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 (1^{ère} partie du processus de planification hospitalière), ainsi que les conditions-cadres (objet du présent rapport). En plus d'avoir nécessité d'initier le processus de planification bien plus tôt afin de tenir compte du rallongement de la durée des travaux, cette disposition induit également le risque que l'entrée en vigueur de la nouvelle liste hospitalière neuchâteloise 2023 soit reportée si les débats politiques devaient se prolonger. 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 donc que le Grand Conseil puisse se prononcer sur les conditions à remplir pour figurer sur la liste hospitalière. Le Conseil d'État propose de modifier la loi de santé neuchâteloise pour pérenniser ces conditions et apporter 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, pour ces exigences, un gain de transparence et de légitimité une fois adoptées.

Il convient de noter qu'au moment de la rédaction du présent rapport, la planification hospitalière 2016 - 2022 a fait l'objet d'un recours de la part de l'un des principaux prestataires de la liste hospitalière cantonale sur lequel le Tribunal administratif fédéral ne s'est pas prononcé à ce jour. Bien évidemment, la teneur du présent projet de loi portant modification de la loi de santé devra, au besoin, être adaptée pour tenir compte des enseignements tirés de la décision du TAF.

2.2. Conditions-cadres réglant l'accès à la liste hospitalière

Selon la LS, le Conseil d'État est compétent pour établir la planification hospitalière cantonale. 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 en effet de relever à cet égard que le fait de figurer sur la liste hospitalière est une condition nécessaire pour avoir droit à un financement de la part des assureurs-maladie et de l'État (aujourd'hui de 45% et 55%). Enfin, le Conseil d'État est le garant de la cohérence de sa politique sanitaire cantonale et du fait que la planification hospitalière s'inscrive plus largement dans ce cadre.

Par conséquent, il est légitime de demander le respect d'un certain nombre de critères pour pouvoir figurer sur la liste hospitalière. Les travaux préparatoires en lien avec la réforme du financement hospitalier entrée en vigueur en 2012 mettaient notamment en avant le fait que, malgré l'existence de critères uniformes sur le plan fédéral, les cantons devaient garder une marge de manœuvre significative en matière de planification hospitalière. Ils ont donc conservé la possibilité d'imposer des conditions d'accès à la liste hospitalière. Tant le Conseil fédéral que les parlementaires se sont exprimés dans ce sens lors des délibérations aux Chambres fédérales.

Le TAF relève néanmoins que les critères doivent être appliqués de manière uniforme entre les institutions (pas d'inégalité de traitement et absence de discrimination) et ne pas être arbitraires (arrêts C-401/2012 précité consid. 5.2, C-325/2010 du 7 juin 2012 consid. 4.4.4, 4.5.5, 4.6 et C-426/2012 du 5 juillet 2013 consid. 3.2.1).

Dans cette optique, le Conseil d'État propose de reprendre dans une très large majorité les conditions de la planification hospitalière 2016 - 2022, dès lors qu'elles ont été éprouvées dans le cadre du précédent processus et ont donné satisfaction depuis lors. Dans le présent projet, elles sont réparties en trois catégories.

- les prérequis (article 83f) ;
- les obligations incombant aux institutions hospitalières que celles-ci s'engagent formellement à respecter (articles 83g à 83t) ;
- les critères d'attribution (article 83u).

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

Cette marge de manœuvre a également été reconnue dans la jurisprudence fédérale dont le Conseil d'État a procédé à une revue la plus large possible dans le souci de disposer de critères aussi reconnus et objectifs que possible. Près de huit ans après l'entrée en force des nouvelles règles de financement hospitalier et de planification hospitalière, la

jurisprudence nous permet de mieux cerner l'interprétation qui doit ou peut être faite des différentes dispositions légales.

Divers avis de droit, dont un rendu par l'Institut de droit de la santé (IDS) de l'Université de Neuchâtel sur mandat du service cantonal de la santé publique (SCSP) en lien avec le projet de loi Daniel Ziegler 13.103⁴ au mois de juin 2013, ont également servi de référence aux travaux du Conseil d'État.

Enfin, le Conseil d'État s'est inspiré des travaux menés par la CDS qui a notamment émis à l'attention des cantons des recommandations au sujet de la planification hospitalière dans son document « *Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière d'après la révision de la LAMal sur le financement hospitalier du 21.12.2007* », dont la portée a été reconnue par les instances juridictionnelles fédérales et dont la version en cours date de mai 2018⁵.

2.2.1. Prérequis

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

2.2.2. Obligations incombant aux institutions hospitalières inscrites sur la liste

Dans le cadre de l'évaluation de la première planification hospitalière 2012 – 2014, le Conseil d'État a constaté que certains critères décrits alors comme impératifs s'avéraient en réalité être des engagements de la part des institutions hospitalières qui ne pouvaient pas être contrôlés au moment de l'établissement de la liste hospitalière. Néanmoins, ces critères n'étaient pas non plus des critères d'adjudication. Fort de ce constat, il a retenu, dans le cadre du processus de la deuxième planification hospitalière 2016 - 2022, une nouvelle catégorie de conditions à remplir par les hôpitaux qui sont en quelque sorte des conditions générales, obligations qui incombent à l'institution hospitalière pendant toute la durée du contrat.

Ces obligations correspondent dans leur quasi-totalité aux conditions générales de l'Arrêté du Conseil d'État (ACE) du 17 décembre 2014⁶. 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* ».

2.2.3. Critères d'attribution

Dans le cas où l'offre des fournisseurs de prestations de soins surpasse les besoins de la population neuchâteloise, le Conseil d'État doit être doté d'outils pour sélectionner les institutions hospitalières, parmi les hôpitaux qui sollicitent un mandat de prestations, lesquels remplissent les prérequis et lesquels s'engagent à respecter les conditions

⁴ Ce projet de loi visait à imposer l'application de la CCT Santé 21 aux hôpitaux figurant sur la liste hospitalière par une inscription de cette condition dans la LS. A noter que ce projet de loi a été rejeté par le Grand Conseil en janvier 2014 par 60 voix contre 53 et 1 abstention.

⁵ www.gdk-cds.ch > soins de santé > hôpitaux > planification > recommandations en matière de planification.

⁶ 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.

générales posées en cas d'attribution de mandat. Les critères dits d'attribution ont ensuite pour objectif de donner des bases claires, transparentes et équitables au Conseil d'État pour effectuer l'attribution des mandats.

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 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 bien séparer les règles qui s'appliquent à chacune d'elles, même si la LAMal s'applique également à la PMS.

Lors des réflexions menées sur la planification médico-sociale en particulier sur l'article 83a, l'opportunité a été saisie 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 1^{er} 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 est divisée en trois 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).

A. En général

Article 83

Cet article reprend les alinéas 1, 2, 3 et 4 de l'article 83 actuel et pose, comme précédemment les principes de base que doivent respecter les planifications des institutions en général.

B. Planification médico-sociale

Article 83a

Cet article porte spécifiquement sur la planification médico-sociale (PMS) pour les établissements spécialisés qui, si elle est régie par la LAMal comme l'est la planification hospitalière, connaît un processus différent et indépendant, raison pour laquelle il y a lieu d'en traiter à part.

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 dans les établissements spécialisés. 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 établissement médico-social (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

Article 83b

Cet article porte spécifiquement sur la planification hospitalière. Il reprend partiellement l'article 83a actuellement en vigueur (al. 1, 2 et 4) dès lors qu'il renvoie à la LAMal. 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'exigent toutefois pas une égalité de traitement absolue entre les hôpitaux publics et privés (ATAF 2009/48, consid. 12.8). Toutefois, 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.⁷

Seuls les alinéas 5 et 6 apportent une réelle nouveauté par rapport au droit actuellement en vigueur :

Alinéa 5

La planification hospitalière en cours d'élaboration définit la liste hospitalière qui vaudra dès 2023. Dans les années suivantes, de nombreuses évolutions pourront avoir lieu. 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 dès 2023 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°1), adoptées le 25 mai 2018. Cette marge de manœuvre dont doit pouvoir bénéficier le gouvernement est cependant limitée aux modifications du système sanitaire et hospitalier, notamment :

- des mandats attribués dans le cadre de la médecine hautement spécialisée (MHS), les cantons ayant délégué leurs compétences de planification dans le domaine à un organe supra-cantonal ; des prestations qui ne sont pas considérées actuellement comme relevant du cadre de la MHS pourraient ultérieurement le devenir ;
- des lois en vigueur, tant sur le plan fédéral que cantonal ;

⁷ B. Rüttsche, Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz – Krankenversicherungsgesetz, Bâle 2020, ad. Art.39, note 53, p. 519)

- des normes professionnelles pour la reconnaissance de services médicaux ;
- de l'émergence de nouvelles techniques ou des adaptations de prises en charge ;
- de tout autre élément remettant en question la couverture des besoins de la population.

Dans de tels cas de figure, les mandats de prestations pourront être soit retirés et réattribués, soit modifiés, sans reprendre tout le processus de planification. Au demeurant, il sera procédé ainsi dans le respect des dispositions contractuelles définies dans le contrat de prestations au sens de l'article 83v. Le Conseil d'État veillera dans tous les cas à ce que les prestations restent disponibles pour les patient-e-s neuchâtelois-es.

Alinéa 6

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

Il pourra imposer que certains mandats soient assumés 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 interinstitutionnelle formalisée. Il peut notamment s'agir d'un partenariat public-privé comme le Grand Conseil l'a souvent appelé de ses vœux, mais pas seulement. À titre d'exemple, il existe actuellement de telles conventions de collaborations 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. D'autres collaborations institutionnelles entre le RHNe et des hôpitaux universitaires existent, par exemple, dans le domaine de la prise en charge des accidents cardio-vasculaires avec l'Inselpital, celui de la pédiatrie et de la chirurgie thoracique avec le CHUV.

Alinéa 7

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 1^{er} 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 sont inscrites dans la loi de santé, il ne reste que la première étape relative à l'évaluation des besoins à soumettre concrètement à l'approbation du Grand Conseil. Le texte de l'alinéa 8, de la loi actuellement en vigueur a ainsi été adapté à cette nouvelle configuration⁸.

⁸ 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.

Article 83c

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 garanti 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.) pour la réalisation du mandat.

Article 83d

Alinéa 1

Le fait d'imposer des limitations de quantités permet de lutter contre ce qu'on peut appeler la « course à l'équipement » dans le domaine hospitalier. Celle-ci peut être définie comme une incitation pour les prestataires de soins, en l'absence de limitation budgétaire, à proposer une offre toujours plus étoffée pour devancer leurs concurrents et engendrer des volumes parfois non indiqués de prestations. Cela étant, le but de cette limitation n'est pas de restreindre la concurrence entre prestataires, mais d'en éviter les conséquences dommageables. Cette volonté d'agir en faveur de la maîtrise des volumes procède de la nécessité pour le régulateur de contrebalancer le fait que les fournisseurs de prestations hospitaliers sont rémunérés à l'acte, et sans limite de budget, système qui – par nature – incite à la maximisation des quantités de prestations réalisées. Cette politique est en effet favorisée dans un environnement où la consommation de soins n'est pas freinée, ni du point de vue du ou de la patient-e ni du point de vue des prestataires, par d'importantes contraintes financières.

En outre, il est acquis que les incitations à la consommation de soins au-delà de ce qui est médicalement nécessaire ainsi que l'induction de l'offre dans le domaine de la santé ne sont pas optimales et 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.

Le Conseil fédéral reconnaît d'ailleurs le paradoxe du système de santé puisque l'actuel projet de modification de l'OAMal prévoit explicitement dans son article 58f, alinéa 6 la possibilité d'assortir l'octroi de mandats de prestations de limitation des volumes de prestations et les conséquences de leur dépassement. Le rapport explicatif précise d'ailleurs que cet outil est déjà actuellement à disposition du planificateur⁹.

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 - 2022. 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 éviter les éventuels effets négatifs de l'utilisation d'un outil de gestion des quantités pour les prestations comprenant une composante d'urgence. Plus spécifiquement, il s'agit des groupes de prestations suivants : l'ophtalmologie, l'ORL, la gynécologie, l'orthopédie, la rhumatologie et l'urologie.

Alinéa 2

Lors de la planification hospitalière 2016 – 2022, les projections des besoins pour les prestations relevant des domaines électifs avaient été établies en se basant sur un scénario d'évolution démographique « *haut* », au contraire du reste des autres domaines dont les projections avaient été estimées sur la base d'un scénario d'évolution démographique « *moyen* ». Ce faisant, le Conseil d'État se laissait une marge nécessaire pour éviter un engorgement du système hospitalier¹⁰ et pour permettre à la concurrence de jouer, en octroyant des mandats pour un total de prestations dépassant les besoins identifiés et retenus. Pour ce nouvel exercice de planification et comme explicité au chapitre 3.5.2.2.1 du rapport sur les besoins, le choix a été fait cette fois-ci de ne retenir qu'un seul scénario d'évolution démographique, le « *moyen* », applicable sans distinction pour tous les domaines de prestations. Ce choix se défend par le fait que ce scénario « *moyen* » est d'ores et déjà considéré comme optimiste, et donc engendrerait lui aussi et à nouveau une forme de « *surévaluation* » des besoins hospitaliers identifiés et retenus à planifier, y compris donc pour les domaines électifs.

À l'instar de la planification hospitalière 2016 - 2022, les quantités attribuées continueront à être périodiquement réévaluées, avec pour but d'examiner si les quotas attribués aux différentes institutions sont pertinents pour répondre à l'évolution de la demande dans le temps.

Tout comme dans la planification hospitalière 2016 - 2022, le Conseil d'État entend maintenir la porte ouverte à des dérogations aux quantités fixées en cours d'année, dans le cadre d'avenants aux contrats de prestations, 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. 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 ainsi que RHNe en 2018 et 2019, pourront avoir lieu à la hausse ou à la baisse selon le constat posé.

Le Conseil d'État tient ici à relever que le TF¹¹ 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 :

⁹ OFSP, modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal), de l'ordonnance du 3 juillet 2002 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) ainsi que de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA), p. 15.

¹⁰ Par exemple, si une éventuelle augmentation de la demande en soins non planifiée, temporaire ou durable, devait survenir.

¹¹ 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.

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

La fixation des volumes maximaux n'implique pas une interdiction absolue de fournir des prestations : en revanche, les prestations supplémentaires éventuellement fournies, ne seront pas remboursées selon la LAMal, pour le moins s'agissant de la part cantonale.

Article 83e

Alinéa 1

Toute institution qui postule pour se voir attribuer un contrat de prestations est tenue de répondre aux conditions d'admission qui sont de deux sortes : d'une part, les prérequis fixés à l'article 83f et, d'autre part, les obligations citées dans les articles 83g à 83t, qu'elle doit s'engager à respecter formellement.

Alinéa 2

Si la couverture des besoins le nécessite, le Conseil d'État peut néanmoins admettre 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.

Alinéa 3

Cet alinéa pose une réserve à l'application des conditions d'admission lorsque l'attribution de mandats se fait dans le cadre d'une planification intercantonale. En effet, celle-ci sera établie selon les règles communément définies entre les cantons.

Alinéa 4

Selon le principe de territorialité, les institutions hors canton sont soumises au droit cantonal de leur lieu d'implantation. Ceci doit être pris en compte dans l'examen des conditions d'admission. Le droit neuchâtelois ne peut en effet que rarement interférer, raison de cette réserve.

Alinéa 5

La compétence est donnée au département de préciser ces conditions, cette tâche relevant d'un niveau technique élevé.

2. Prérequis

Art. 83f

Lettre a)

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, SEFRI).

Lettre b)

Une institution hospitalière doit garantir sa disponibilité et sa capacité à remplir son mandat. Pour ce faire, elle doit justifier d'une dotation en personnel médical et soignant suffisante 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.

Le Conseil d'État a retenu pour le domaine des soins somatiques aigus, sur recommandation de la CDS, un concept de groupes de prestations incluant quelque 139 groupes de prestations (base 2018) pour l'élaboration des projections des besoins hospitaliers stationnaires de la planification hospitalière (GPPH). Ce concept comprend le

principe des exigences spécifiques aux groupes de prestations¹² qui ont trait notamment à :

- l'obtention de titres de spécialiste par les médecins ;
- la disponibilité des médecins dans un délai adéquat ;
- l'existence d'un service des urgences dans l'hôpital ;
- la disponibilité de soins intensifs ou d'une surveillance continue dans l'hôpital ;
- l'existence d'un tumorboard ;
- la fourniture d'un nombre minimum de cas par année (au niveau de l'hôpital, et parfois au niveau de l'opérateur) ;
- la réalisation de la prestation en interne uniquement ;
- le lien avec d'autres groupes de prestations.

Les conditions spécifiques à chaque groupe de prestations seront décrites dans le cadre de la procédure d'appel d'offres qui interviendra au cours de la troisième étape du processus de la planification.

Toutefois, considérant que les auteurs du modèle GPPH, à savoir la direction de la santé du Canton de Zurich, proposera courant 2021 une nouvelle version du modèle (nomenclature du GPPH et exigences associées) et afin d'ancrer la future liste hospitalière neuchâteloise sur la version la plus récente de la version du modèle GPPH, le Conseil d'État a pris la décision de recourir à la version qui sera disponible au moment de l'appel à candidature auprès des fournisseurs de prestations. Comme ce fut le cas pour l'exercice précédent, ces derniers connaîtront bien entendu à l'avance les volumes de besoins soumis à l'appel d'offres ainsi que le détail des exigences requises pour chaque groupe de prestations.

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, comme certains pourraient le demander, 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.

Lettre c)

En plus de sa capacité « *médicale* » à assurer son mandat, une institutions hospitalière doit également démontrer sa capacité financière à fournir les prestations demandées à court et moyen termes et ainsi répondre aux missions qui lui seraient confiées. Elle doit dès lors démontrer sa pérennité financière et sa solvabilité. Le constat de la pérennité

¹² 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.

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

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

Un business plan accompagné d'un plan financier (décrivant notamment le cash-flow prévisionnel) portant sur 4 ans doit être présenté par les institutions dans le cadre de la réponse à l'appel d'offres. Il devra en outre être adapté annuellement, de manière roulante, pour démontrer que les perspectives à moyen terme restent adéquates.

La capacité financière d'un établissement est évaluée à court terme sur la base de la trésorerie nette¹³ d'une part et de son degré d'endettement¹⁴ au moment de la réponse à l'appel d'offres publiques pour les mandats de prestations.

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

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

Lettre d)

Une institution hospitalière qui sollicite un mandat de prestations public doit pouvoir garantir un bon niveau de qualité des soins fournis. Elle doit intégrer cette réflexion dans les pratiques quotidiennes de l'ensemble de ses services et être en mesure de présenter un concept d'assurance qualité cohérent qui formalise les bonnes pratiques de la profession. Deux aspects de ce concept s'avèrent particulièrement importants, à savoir la gestion des événements indésirables et la prévention et le contrôle des infections (PCI).

L'exigence en matière de masse critique contribue à garantir la qualité des prestations fournies. Celle-ci a guidé les réformes hospitalières menées dans le Canton de Neuchâtel ces dernières années de même qu'au plan supra-cantonal, notamment dans le domaine de la médecine hautement spécialisée.

Jusqu'à présent, le Conseil d'État a estimé, en s'inspirant du modèle GPPH, que cette masse critique était garantie lorsque l'institution a pris en charge, en moyenne sur les trois dernières années, au minimum 10 cas et un nombre de cas correspondant à 5% de tous les cas de la population neuchâteloise de l'année de référence, 2018 en l'occurrence, dans un domaine de prestations considéré.

Le TAF a estimé que de tels critères d'activité minimale ou de masse critique sont admissibles si les besoins de la population sont couverts, ce même s'ils excluent certains établissements (C-401/2012, consid. 9).

¹³ Trésorerie nette = fonds de roulement net - besoin en fonds de roulement (selon les normes comptables usuelles).

¹⁴ Degré d'endettement = montant total de l'endettement / montant total du passif du bilan (selon les normes comptables usuelles).

Lettre e)

Selon l'article 39, alinéa 1, lettre f, de la LAMal, les établissements sont admis à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins à condition qu'ils s'affilient à une communauté ou à une communauté de référence certifiées au sens de l'article 11, lettre a, de la loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP). Cette condition doit être réalisée dans un délai transitoire de trois ans après l'entrée en vigueur de la LDEP.

Avec l'adoption par le parlement fédéral de la (LDEP) en juin 2015, entrée en vigueur au mois d'avril 2017, et dans ce contexte, le Canton de Neuchâtel a mis la priorité dans le développement d'une stratégie de mise en œuvre du dossier électronique du patient¹⁵ (DEP) et son déploiement¹⁶. La raison en est que, dans les dispositions transitoires de la LAMal relatives au DEP, il est prévu que les hôpitaux, y compris ceux qui concluent des conventions au sens de l'article 49a, alinéa 4, de la LAMal, doivent, en plus de figurer sur la liste hospitalière fixant les catégories d'hôpitaux selon leurs mandats, s'affilier à une communauté ou à une communauté de référence certifiées au sens de l'article 11, lettre a, de la LDEP (cf. art. 39, al. 1, let. d, de la LAMal). Cette condition devait être réalisée dans un délai transitoire de trois ans après l'entrée en vigueur de la LDEP, à la mi-avril 2020. En raison notamment d'exigences accrues posées par les organes certificateurs dans le cadre du processus de certification des plateformes DEP, cette affiliation des hôpitaux en Suisse à une communauté ou communauté de référence certifiées interviendra cependant avec un retard d'environ une année.

Le DEP, encadré par la LDEP, est donc proposé par une communauté de référence qui met à disposition des patient-e-s un espace dédié dans lequel les professionnel-le-s de santé autorisé-e-s et le-la patient-e déposent les documents relatifs au dossier de santé. En sa qualité de propriétaire du dossier, seul-e le-la patient-e ou son-sa représentant-e dispose des droits de gestion du dossier, via une connexion Internet sécurisée.

Le DEP vise à améliorer la coordination et la qualité de la prise en charge médicale et des processus thérapeutiques, à augmenter la sécurité des patient-e-s, à accroître l'efficacité du système de santé et à encourager le développement des compétences des patient-e-s en matière de santé. S'agissant du Canton de Neuchâtel, le DEP se matérialise sous l'appellation « *Mon Dossier Santé* ».

Le DEP se distingue du dossier primaire DPI (Dossier Patient Informatisé, parfois également dénommé « *dossier médical électronique* »), qui désigne le système informatique que tout prestataire de santé (hôpital, clinique, médecin, EMS, etc.) possède, administre et utilise habituellement pour gérer les dossiers des patient- e-s dans lequel figurent les informations médicales, dont certaines peuvent se voir déposées dans le DEP.

Ainsi, conformément à la LDEP et à la LAMal, il sera exigé de l'hôpital, respectivement de la clinique ou de la maison de naissance, qu'il-elle s'affilie à une communauté ou à une communauté de référence certifiée ou en voie de certification exploitant un DEP.

3. Obligations incombant aux institutions hospitalières inscrites sur la liste

Article 83g

Alinéas 1 et 2

Les institutions sont amenées à honorer les cinq prérequis tout au long de la période de la planification hospitalière, ou le cas échéant, durant la période contractuelle convenue, à

¹⁵ www.ne.ch > autorités > DFS > service de la santé publique > cybersanté > documents > rapport cybersanté.

¹⁶ www.ne.ch > autorités > DFS > service de la santé publique > cybersanté > pages > LDEP.

moins qu'elles ne soient au bénéfice d'une dérogation accordée par le canton (al. 2) au sens de l'article 83e, alinéa 2, accordée notamment dans des situations exceptionnelles où une couverture adéquate des besoins sanitaires pourrait le justifier.

Article 83h

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 ou de l'appartenance religieuse 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 privilégieraient la prise en charge des seul-e-s patient-e-s disposant 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 deux tiers 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 taux¹⁷ de couverture des assuré-e-s au bénéfice d'une assurance privée dans le Canton de Neuchâtel n'est pas connu, conférant ainsi une marge de sécurité lors du processus de sélection des institutions hospitalières.

À titre d'indication, on peut établir qu'en 2018, la proportion de patient-e-s, dont les prestations ont été financées par l'AOS exclusivement, se monte à près de 93% pour HNE et un peu plus de 82% pour GSMN SA.

Article 83i

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 et, pour ce faire, l'élaboration et le 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.

En plus du DEP, les trois conditions suivantes qui avaient été introduites dans le cadre de la planification hospitalière 2016 – 2022 devront également être respectées :

1. l'institution hospitalière exploite un dossier patient informatisé (DPI), dossier primaire (voir ci-dessus : art. 83f, let. e), à l'aide d'un système d'information clinique répondant aux standards techniques pour une intégration appropriée au DEP ;

¹⁷ 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, 1^{ère} 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).

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 ;
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.

Article 83j

Alinéa 1

Bien qu'il ne soit pas possible d'imposer l'adhésion à une convention collective de travail (CCT), ce qui violerait le principe de la liberté d'association, il importe d'imposer le respect des conditions de travail prévues par la CCT Santé 21. En effet, la CCT étant obligatoire pour le RHNe et le CNP, il serait discriminatoire de ne pas également imposer cette obligation à l'ensemble des postulant-e-s. Le TF a d'ailleurs admis que le fait d'imposer le respect des conditions d'une CCT comme condition d'accès à la liste hospitalière¹⁸ est compatible avec le droit fédéral.

Il convient par ailleurs de souligner que d'imposer le respect des conditions de la CCT n'implique 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.

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.

Les conditions de travail s'avérant à la fois un critère sensible et critique de la planification hospitalière, il convient de rappeler les deux points essentiels suivants :

1. En 2013, un intense débat politique a eu lieu à ce sujet lors du traitement par le Grand Conseil du projet de loi 13.103, amendé par la commission santé du Grand Conseil pour le rendre plus compatible avec le devoir d'assurer la couverture sanitaire qui incombe au canton, qui visait à imposer l'application de la CCT Santé 21 aux hôpitaux figurant sur la liste hospitalière par une inscription de cette condition dans la LS. En l'occurrence, le Grand Conseil avait refusé ce projet de loi amendé. Alors que le Conseil d'État avait pris bonne note de la décision du législatif cantonal, il avait considéré 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 été préalablement communiquée lors du débat en commission parlementaire, ainsi qu'en plénum. En outre, la population neuchâteloise a eu l'opportunité de clarifier sa position à l'occasion de la votation cantonale du 26 novembre 2017¹⁹. En bref, le refus à 76,55% des voix de ces modifications signifiait le maintien de la CCT Santé 21 comme référence dans le système de santé. Ainsi, par ce vote, les Neuchâteloises et Neuchâtelois ont confirmé être favorables au maintien de la CCT Santé 21 pour le personnel de la santé, montrant l'importance que la population accorde au partenariat social et aux conditions négociées

¹⁸ ATF 138 II 398.

¹⁹ Votation cantonale du 26 novembre 2017 portant sur la modification de la loi sur le Centre neuchâtelois de psychiatrie (LCNP), de la loi sur l'Hôpital neuchâtelois (LHNE), de la loi portant constitution d'un établissement de droit public pour le maintien à domicile (NOMAD – Neuchâtel organise le maintien à domicile) et la modification de la loi sur le financement des établissements médico-sociaux (LFinEMS).

dans ce cadre entre les acteurs de la santé. Pour ces raisons, il y a lieu de maintenir cette condition parmi celles prévues pour l'élaboration de la liste hospitalière et désormais soumises à l'approbation du Grand Conseil.

2. Fin 2015, un établissement du canton a déposé un recours contre la planification hospitalière neuchâteloise 2016 - 2022, arguant notamment que, bien que disposé à participer aux négociations en vue d'une nouvelle convention collective, il considère que « *les conditions actuelles de la CCT Santé 21 sont la cause principale de l'inefficience des établissements qui y sont soumis et il est impossible de répondre au critère d'économicité exigé par la LAMal en l'appliquant* », convention dont il requiert « *une mise à plat* », et à laquelle il s'oppose sur de nombreux points, notamment « *le nombre de jours fériés, la compensation en cas de maladie qui permet de gagner davantage qu'en travaillant, la rigidité de la gestion du temps de travail, l'automatisme de l'avancement, la durée des vacances ou encore les nombreuses indemnités propres à cette CCT* ».

Ce recours étant encore ouvert à ce jour auprès du TAF (C-7017/2015), il convient de noter ici que :

- selon la durée du traitement de ce recours par le TAF, le Grand Conseil sera peut-être appelé à se prononcer sur ce rapport sans connaître la décision du tribunal sur ce recours ;
- selon l'issue que le tribunal donnera à ce recours, le Conseil d'État sera peut-être contraint de revenir devant le Grand Conseil afin d'adapter le droit cantonal selon les nouvelles considérations.

Alinéa 2

Cette disposition a pour but de prévenir un vide juridique en cas de dénonciation de la CCT Santé 21. Elle donne la compétence au Conseil d'État, après consultation des partenaires sociaux, de définir les normes applicables pour le temps pendant lequel les partenaires sociaux n'auraient pas réussi à s'accorder sur de nouvelles conditions de travail.

Alinéa 3

Enfin, l'application des conditions de travail de la CCT Santé 21 ne peut être imposée à des hôpitaux sis hors canton pour des raisons évidentes de territorialité. Cela dit, l'État est en droit de veiller à défendre le partenariat social et, partant, de demander aux hôpitaux hors canton qui souhaiteraient bénéficier d'un mandat de prestations de la part du Canton de Neuchâtel, d'appliquer des conditions de travail d'une CCT ou de normes de référence valables et reconnues dans leur canton d'implantation.

Art. 83k

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.

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. 83e, alinéa 4) 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 audité par une société experte en révision. Elle doit également pouvoir demander des compléments d'informations/d'analyses à l'organe de révision, si cela s'avère nécessaire.

Alinéa 3

Selon les articles 12 et 13 de l'Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP), les 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) 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), qui a pour objectif de coordonner et de mettre en place des mesures de qualité des résultats à un niveau national, en particulier d'assurer la réalisation uniforme de mesures de qualité au sein des hôpitaux et cliniques dans le but de documenter, 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 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, avec la surveillance des infections du site opératoire, avec les chutes et les escarres ou avec 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+²⁰. 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.

Art. 83I

Dans le prolongement des exigences en matière de pérennité financière posées dans le cadre des prérequis (art. 83f, al.1, let. c et art. 83g, al. 1), 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, qu'elle est en mesure de garantir son activité sur les courts et moyens termes d'un point de vue financier. Pour ce faire, elle transmettra à l'autorité son business plan à horizon de 4 ans, contenant notamment un budget annuel d'exploitation ainsi qu'un plan de trésorerie mensuel permettant d'avoir un regard sur les différents flux financiers prévus durant l'année à venir.

²⁰ www.hplus.ch > qualité > rapport sur la qualité.

L'institution devra également démontrer sa capacité à investir pour maintenir, voire développer ses infrastructures et ses équipements. Il n'est pas question ici pour l'État d'intervenir dans la politique d'investissement des hôpitaux mais par cette disposition, il veut pouvoir s'assurer de la qualité adéquate des prestations (voir art. 58b, de l'OAMal). L'institution hospitalière devra, par exemple, présenter un plan d'investissements à 4 ans (en lien avec son business plan demandé au point précédent), et une attestation de l'organe de révision des comptes, pour vérifier que la stratégie de renouvellement et d'entretien des infrastructures et équipements de l'institution correspond aux normes en vigueur, et qu'un fond d'investissement est alimenté selon la planification établie.

Art. 83m

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 s'agit 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).

Alinéa 1

Selon l'article 10 de l'Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP), doivent tenir une comptabilité financière.

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

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 préconisé.

La certification précitée pouvant cependant s'avérer très lourde pour de petites institutions, le Conseil d'État pourra donc les exempter de cette obligation, comme il l'avait fait dans le cadre de la planification 2016 - 2022.

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. 83n

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, qui en vérifie la légalité, l'équité et l'économicité. Ce dernier examen est d'ailleurs également nécessaire dans le cadre de l'élaboration de la planification hospitalière.

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_K²¹ 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 juge 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 83e, alinéa 4.

Alinéa 2

Enfin, pour lui permettre de bien saisir les enjeux des négociations et les tarifs issus de celles-ci, le canton souhaite pouvoir assister aux négociations en matière de tarifs. Il n'entend pas s'immiscer dans les négociations, mais uniquement avoir une position d'observateur. Il exercera ce droit de manière modérée, notamment en regard du fait qu'il lui sera difficile d'assister aux négociations conduites par des institutions sur le plan national ou lorsqu'une institution est implantée hors du territoire neuchâtelois. Si l'autorité juge sa présence utile, 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), le codage médical prend une importance particulière. En effet, celui-ci définit l'attribution d'un code à une prestation, lequel définit le DRG 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.

Art. 83o

Alinéas 1 et 2

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

²¹ Le terme ITAR_K est un acronyme allemand et signifie Modèle de tarif intégré basé sur la comptabilité analytique par unité finale d'imputation.

s'engager à déclarer les flambées de cas de maladies transmissibles (dont la déclaration n'est pas obligatoire pour un individu), de suivre un programme d'observance à l'hygiène des mains et de disposer de ressources en matière de médecine du personnel.

Dans la politique sanitaire 2015 - 2022 et sa 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 cancer²² et de programmes de prévention spécifiques²³. 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.

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'organes²⁴ (PLDO).

L'article 45 de l'Ordonnance sur la transplantation (OTx) prévoit notamment que les cantons veillent à ce que les hôpitaux dotés d'un service de soins intensifs définissent un certain nombre de procédures et en assurent leur déroulement 24 heures sur 24. Partant, 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.

Art. 83p

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

Ces droits ne peuvent être garantis que si les professionnel-le-s de santé sont en mesure de s'exprimer dans la langue du-de la patient-e, soit le français pour les Neuchâtelois-es. Or le personnel des institutions de soins provient pour une part importante d'autres pays que la Suisse. L'Observatoire suisse de la santé (OBSAN) faisait ressortir dans son document de travail 35²⁵, que la part du personnel étranger dans les hôpitaux de Suisse latine représentait plus de 41% en 2002 et plus de 45% en 2006. Pour confirmer ce constat, relevons que le RHNe employait en 2019 près de 3'200 personnes, dont 40% d'origine étrangère. Ce ratio est de 36% au sein du corps médical et de 54% au sein du corps infirmier. Des données provisoires de l'OBSAN indiquent que la part de personnel infirmier

²² 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).

²³ Par ex. mise en place de cours de préparation à la naissance, avec interprétariat, pour parents migrants.

²⁴ Voir sous <http://pldo.hug-ge.ch/> pour de plus amples informations.

²⁵ Personnel de santé en Suisse – État des lieux et perspectives jusqu'en 2020, février 2009.

(de niveau de formation tertiaire) de nationalité étrangère en Suisse latine était de 54,3% en 2018. Ce taux était de 46% pour le secondaire, et de 43.7% pour les soignant-e-s sans titre de formation formel.

Dans ce contexte, les institutions qui entendent figurer sur la liste hospitalière doivent s'assurer que leur personnel médical et soignant non francophone maîtrise la langue française suffisamment pour que le droit à l'information des patient-e-s soit respecté, et prévoir des formations si tel n'était pas le cas.

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. 83q

Alinéas 1 et 2

Le canton s'étant engagé au fil des ans 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.

Aussi, 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.

Ce faisant, conscient de la nouveauté que constitue une telle exigence 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 à imposer que l'établissement mette en place une stratégie et démontre son engagement en matière de développement durable.

Art. 83r

Alinéa 1

En matière de responsabilité sociétale, déclinaison du développement durable, les institutions postulant sises dans le canton doivent prendre une part active aux efforts de formation du personnel de santé non universitaire et des médecins. Elles doivent également démontrer que des efforts en matière d'insertion et de réinsertion professionnelles sont réalisés.

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

Parallèlement, les institutions postulant sises dans le canton sont amenées à offrir des opportunités de formation continue pour l'ensemble de son personnel, afin que ce dernier soit en mesure de régulièrement actualiser ses connaissances et compétences professionnelles. Sont réservées les dispositions de la loi sur les professions médicales universitaires (LPMéd), du 23 juin 2006 concernant la formation continue.

Alinéa 3

Au sein de l'administration cantonale, un quota minimum d'apprenti-e-s du personnel (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 83e, alinéa 2, 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'ils soient conformes 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).

Alinéa 4

Dans le prolongement de la participation à l'effort de formation décrit précédemment et pour répondre à des objectifs similaires, l'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.

Art. 83s

Alinéa 1

Cet alinéa s'inscrit dans la voie et la dynamique ouvertes par le canton au travers de l'activation, en 2020, de la plateforme « *agir-ne.ch* ». Elle vise à sensibiliser et à stimuler les institutions partenaires sises dans le canton à agir, investir et créer pour le canton, dès lors qu'il leur attribue des mandats de prestations.

Alinéa 2

Il est attendu que l'institution sise dans le canton participe, en tant qu'employeur, à promouvoir la domiciliation de son personnel dans le canton. À ce sujet, une nouvelle stratégie cantonale de promotion de la domiciliation est en cours d'élaboration.

Art. 83t

Alinéas 1 et 2

La planification hospitalière vise à établir une nouvelle liste hospitalière qui entrera en vigueur en 2023. 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 celui-ci.

4. Attribution de mandats

Art. 83u

Alinéa 1

Cet article énumère les différents critères pris en compte, lorsqu'il s'agit de procéder au choix des institutions appelées à figurer sur la liste hospitalière. La majorité d'entre eux sont imposés par le droit fédéral :

L'article 58b, alinéa 4, de l'OAMal prévoit que « *les cantons prennent notamment en compte :*

1. *le caractère économique et la qualité de la fourniture de prestations ;*
2. *l'accès des patient-e-s au traitement dans un délai utile ;*
3. *la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir son mandat de prestations ».*

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

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

Si certains aspects de ces critères ont déjà été présentés aux chapitres précédents et ont été considérés comme étant des prérequis ou des obligations incombant aux institutions hospitalières inscrites sur la liste, ils peuvent également être renforcés dans le cadre de critères d'attribution. Ils permettront de retenir l'institution la plus apte à figurer sur la liste hospitalière cantonale, lorsque l'offre de prestations est supérieure aux besoins prédéterminés. Les critères d'attribution sont des critères d'appréciation de l'offre, et non

des critères de sélection. Une marge d'appréciation est laissée au Conseil d'État qui devra veiller à couvrir au mieux les besoins en soins hospitaliers de la population neuchâteloise, tout en respectant l'égalité de traitement et le principe de transparence quant à l'analyse qui aura conduit à sa décision.

Lettre a)

L'**économicité** est évaluée sur la base des coûts unitaires à charge de l'AOS de l'institution et non sur les tarifs qui relèvent eux des négociations avec les assureurs, conformément à la jurisprudence qui a, à plusieurs reprises, confirmé cette interprétation (ATAF C-2283/2013, C-6317/2013 du 11 septembre 2014, consid. 3.6, ATAF 2014/3, consid. 10). 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 des hôpitaux (et non de leurs tarifs), 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'efficacité 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. 83f, let. c). Ceci contribue à la stabilité dans la couverture des besoins de la population, tout au long de la période de planification.

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

Tous les établissements cantonaux appelés à figurer sur la liste hospitalière étant soumis aux mêmes exigences et conditions d'admission, notamment l'application des conditions de travail prévues dans la CCT Santé 21, chacun en supporte les coûts inhérents. Ils se trouvent donc tous sur un pied d'égalité d'un point de vue de l'évaluation de l'économicité.

Lettre b)

Bien que la **qualité** ait été largement thématisée au niveau national au cours des dernières années et que l'OFSP s'engage pour un renforcement de la qualité des soins, les indicateurs de qualité relevés par l'ANQ ou par l'OFSP ne sont pas encore suffisamment discriminants pour attribuer des mandats de prestations sur leur seule base. D'autres pistes doivent dès lors être recherchées.

Au niveau du canton, la qualité sera donc aussi évaluée sur la base de l'expérience acquise, traduite par le nombre de cas traités sur un laps de temps donné, et sur les collaborations mises en place par l'institution hospitalière avec d'autres hôpitaux reconnus comme des centres de compétence actifs dans le même groupe de prestations. Ces collaborations peuvent être de différents ordres et ont essentiellement pour but de favoriser des liens permanents et réguliers propices aux échanges, à la coordination et au développement de prestations cliniques spécialisées. Conséquemment, elles contribuent à l'amélioration de la qualité des prestations cliniques par l'augmentation de la masse critique de patient-e-s, l'accélération de la diffusion des technologies, 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.

Lettre c)

L'**accès au traitement dans un délai utile** est apprécié 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) prestation élective.

Lettre d)

La population neuchâteloise parle essentiellement le français, qui est d'ailleurs la langue officielle du canton. Par conséquent, il est important que les institutions qui seront appelées à lui fournir des prestations soient capables d'assurer une prise en charge, qui comprend le droit à l'information du ou de la patient-e et le consentement de celui ou celle-ci, **en langue française**. Cependant, dans une région comme la nôtre dont le tissu comprend bon nombre d'immigrés, un hôpital qui met en place un système d'interprétariat communautaire présente un avantage à prendre aussi en considération dans la pondération.

Lettre e)

Compte tenu de l'importance de cette thématique, il est à la fois responsable et raisonnable d'attendre de tout établissement hospitalier qui prétend à figurer sur la liste hospitalière 2023 et suivantes – ceci indépendamment de sa taille, de son statut juridique et de la hauteur des ressources investies – qu'il soit engagé ou se déclare prêt à s'engager dans une **démarche de développement durable**, et veille à adéquatement anticiper et gérer les effets économiques, sociétaux et environnementaux de ses activités.

L'appréciation de ce critère se basera sur l'existence d'un document institutionnel exposant les engagements de la direction en matière de développement durable, notamment dans les domaines de la responsabilité sociétale et environnementale, ou d'une certification ou d'un label dans un ou plusieurs domaine-s associé-s au développement durable, ou la démonstration de la désignation d'un-e responsable de la conduite opérationnelle des projets en la matière, ou d'un plan d'objectifs ou d'actions fixés pour une échéance donnée.

Dans ce cadre, les efforts déployés par les institutions hospitalières notamment en matière de formation de personnel non universitaire et des médecins, de formation d'apprenti-e-s, d'insertion et d'intégration professionnelle ainsi que de valorisation des ressources locales et de promotion de la domiciliation de son personnel pourront être examinés.

Alinéa 2

Le processus de sélection des établissements instauré par cette loi est transparent et garantit l'égalité de traitement. Tous sont soumis aux mêmes règles qu'ils soient privés ou publics.

Si la LAMal dispose que les organismes privés doivent être pris en compte d'une manière adéquate dans la planification hospitalière (deuxième partie de la phrase de l'art. 39, al. 1, let. d), elle n'exige pas une égalité de traitement absolue entre les hôpitaux publics et privés (TAF 2009/48, consid. 12.8). Il est en effet admis qu'il est dans la nature de la planification que des fournisseurs de soins, qui se trouvent dans la même situation, puissent être traités différemment. Il suffit donc que la planification soit objectivement justifiable, c'est-à-dire non arbitraire²⁶.

Outre le fait que les institutions sont traitées de manière égale tout au long de la procédure de planification, et donc que leur candidature est étudiée selon les mêmes critères, ce n'est qu'en dernier recours, lorsqu'il s'agit de les départager, que la préférence sera donnée à une institution de droit public du canton. Ceci se justifie par un intérêt public à maintenir des institutions publiques pour garantir la couverture des besoins en soins dans tous les domaines, y compris ceux qui s'avèreraient moins rentables mais dont les prestations peuvent bénéficier de synergies avec les domaines les plus rentables.

²⁶ Rüttsche, Commentaire Bâlois, ad article 39, de la LAMal, p. 519, §53

Au surplus, la population neuchâteloise s'est exprimée clairement en 2017 sur ce qu'elle attendait de l'organisation de l'hôpital public et des prestations qu'il devait offrir dans les régions. Ceci passe par le fait qu'il faille se prémunir d'un démantèlement de cette institution via le jeu de la concurrence en le privant progressivement de toutes les prestations les plus rentables.

La transparence impose en ce sens que soit clairement annoncé par cette disposition que la priorité sera, toutes choses égales par ailleurs, donnée aux institutions de droit public du canton, auxquelles la loi donne le mandat de couvrir les besoins de la population sur l'ensemble du territoire cantonal.

Art. 83v

L'attribution du ou des mandats de prestations, 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. 83w et 83x

Ces deux articles reprennent intégralement et respectivement les articles 83b et 83c actuellement en vigueur. Ils acquièrent un nouveau numéro d'article sous des titres de sections nouveaux pour assurer la cohérence de la structure du chapitre de la loi.

Article 105a

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

Article 123b

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.

Entrée en vigueur de la loi et dispositions transitoires

Les nouvelles dispositions, dès lors qu'elles entreront en vigueur, s'appliquent avec effet immédiat au processus de la planification hospitalière pour les années 2023 et suivantes.

Néanmoins, le droit actuellement en vigueur, et donc l'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 17 décembre 2014, reste applicable pour ce qui touche à la planification 2016 - 2022.

Cette façon de faire permet une étanchéité des bases juridiques des deux planifications hospitalières neuchâteloises successives.

4. CONSULTATION

4.1. Consultation des milieux intéressés

Du 8 février au 5 mars 2021, une consultation a été menée sur l'avant-projet de rapport du Conseil d'État au Grand Conseil concernant les conditions-cadres à l'appui d'un projet de loi portant modification de la loi de santé (planification hospitalière).

À l'instar du rapport précédent portant sur l'évaluation des besoins hospitaliers stationnaires, près d'une trentaine de partenaires a été associée à cette consultation, dont l'ensemble des départements cantonaux latins responsables de la santé publique, les trois communautés de groupements d'assureurs maladies AOS, les associations de professionnel-le-s concernées Société neuchâteloise de médecine (SNM) et l'association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) section Neuchâtel - Jura) ainsi que les hôpitaux figurant actuellement sur la liste hospitalière cantonale. Au total, vingt-quatre prises de positions ont été formulées. Dix-huit proviennent des représentant-e-s des milieux concernés consultés, dont les Cantons du Jura, de Fribourg et Berne. Six émanent de parties ayant pris l'initiative de faire part de leur position par rapport à ce projet de loi, à savoir quatre médecins installés en cabinet de ville, l'Hôpital du Jura Bernois et CURAFUTURA, l'association faîtière des assureurs CSS, Helsana, Sanitas et KPT.

Parmi les prises de position reçues, trois quarts expriment un préavis favorable ou n'émettent pas d'avis, et un quart fait part d'un avis défavorable.

De manière générale, la proposition de modifier la loi de santé pour y inscrire les conditions-cadres ainsi que le contenu de ces dernières obtient l'adhésion des répondant-e-s qui se sont favorablement exprimé-e-s.

Grâce aux remarques émises, diverses adaptations ont pu être effectuées, constatant que certaines explications du texte initial n'étaient pas suffisamment précises ou étayées.

S'agissant de la gestion des quantités (art. 83d), certaines voix se sont exprimées contre le renouvellement de cette régulation jugée inadéquate. Pour sa part, le Conseil d'État a maintenu cette disposition puisqu'il entend pouvoir continuer à utiliser cet instrument comme régulateur de la concurrence au service de la maîtrise de coûts et du respect des patient-e-s. En outre, le gouvernement réitère qu'il entend maintenir la porte ouverte à des dérogations aux quantités fixées en cours d'année si des demandes d'adaptations de ces limitations se justifient.

Plusieurs partenaires implantés hors territoire neuchâtelois ont fait remarquer que certaines des obligations formulées pouvaient entrer en conflit avec les exigences ou réglementations de leur propre canton d'implantation et contrevenaient, ainsi, au principe de territorialité. En réponse à ces critiques et afin d'apporter de la clarté, le Conseil d'État a jugé opportun de rajouter un nouvel alinéa 4 à l'article 83e, précisant que, de façon générale, le droit du canton dans lequel les institutions hors canton sont implantées fait foi.

Cette notion se voit rappelée dans les explications de divers articles relatifs, p.ex. à l'alinéa 4 de l'article 83k ou à l'alinéa 4 de l'article 83n.

Pour ce qui concerne l'admission des patient-e-s, un répondant a fait part de sa préoccupation que l'âge ne puisse être un facteur de discrimination dans l'accès aux soins. Sensible à cet argument, le Conseil d'État neuchâtelois a rajouté cet élément dans l'article 83h, alinéa 1.

Par ailleurs, s'agissant de la limite fixée à au moins deux tiers des patient-e-s (art. 83h, al.2), plusieurs avis se sont exprimés en faveur sa simple suppression. Le Conseil d'État a maintenu sans changement la formulation de l'obligation étant d'avis que le but visé par cette limitation est pertinent et que celle-ci était suffisamment basse pour ne pas constituer un préjudice pour les institutions.

S'agissant de l'obligation de respecter les conditions de travail prévues par la convention collective de travail CCT Santé 21 (art. 83j), plusieurs opinions s'y sont opposées estimant celle-ci contraire aux principes constitutionnels, injustifiée et contreproductive. Nonobstant ces critiques, le Conseil d'État neuchâtelois maintient son intention, pour les raisons invoquées dans les commentaires (chapitre 3) et en rappelant que la jurisprudence attendue sur ce sujet apportera encore les clarifications utiles.

En ce qui concerne le critère d'attribution basé sur l'économicité (art. 83u, al. 1 let. a), directement issu de la LAMal, certains fournisseurs de prestations argumentent que celui-ci soit évalué à l'aune des tarifs appliqués et non pas sur la base des coûts unitaires, puisque la contribution versée par les agents payeurs (cantons et assureurs maladie) se calcule sur la base des tarifs (et non des coûts). Cette proposition n'est clairement pas recevable puisque tant la LAMal que la jurisprudence ont confirmé que le caractère économique d'un fournisseur de prestations devait s'apprécier sur la base de ses coûts. En agissant sur les coûts et en privilégiant des institutions avec des coûts efficaces, on agit indirectement et à terme sur l'ensemble des tarifs appliqués et on contribue à une meilleure maîtrise des coûts de l'ensemble 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. 83f, let. c) et contribue à la stabilité de la couverture des besoins de la population, tout au long de la période de planification. Enfin, évaluer l'économicité sur la base des coûts unitaires permet de privilégier les institutions qui appliquent une gestion hospitalière visant la recherche de l'efficacité. À contrario, privilégier des institutions sur la base de tarif bas comprendrait le risque que celui-ci pratique une politique de « *dumping tarifaire* »²⁷, sans véritable action de management sur la recherche d'efficacité et l'amélioration des coûts. Or, cela pourrait conduire à terme à la faillite de cet hôpital et remettre en question la sécurité de l'approvisionnement en soins hospitaliers puisque la couverture des besoins de la population ne serait alors plus assurée. En résumé, d'une part, cette interprétation n'est pas valable juridiquement, et d'autre part, le Conseil d'État reste convaincu que l'économicité ne peut que s'apprécier de manière juste sur la base des coûts à charge de l'AOS.

En outre, il a été également souhaité par un partenaire de préciser dans les commentaires de l'article 83u, alinéa 1, let. a que les coûts unitaires seraient corrigés des différences de conditions-cadres entre les hôpitaux évalués. Le Conseil d'État n'a pas retenu cette proposition, étant entendu qu'il estime que tous les établissements cantonaux appelés à figurer sur la liste hospitalière sont soumis aux mêmes exigences et conditions d'admission, notamment l'application des conditions de travail prévues dans la CCT Santé21. En conséquence, chacun en supporte les coûts inhérents et les institutions se trouvent donc toutes sur un pied d'égalité d'un point de vue de l'évaluation de l'économicité.

²⁷ Ce risque est particulièrement élevé pour des institutions disposant de capitaux propres importants, ayant le soutien de fondation externes ou bénéficiant de meilleures conditions en matière de coûts des immobilisations.

L'article 83u, alinéa 2 a suscité quelques oppositions ; d'autres avis ont émis des doutes quant à sa réelle faisabilité et conformité juridique. Ainsi, le Conseil d'État a jugé opportun d'en préciser davantage sa nature et ses motifs dans les commentaires. Il tient ici à assurer avoir pris soin d'élaborer une loi garantissant que le processus de sélection des établissements s'effectue de façon transparente et respectant l'équité de traitement au sens de la LAMal. En outre, il rappelle la nécessité de répondre aux souhaits exprimés en 2017 par la population au sujet de l'organisation de l'hôpital public et des prestations que ce dernier se doit d'offrir sur le territoire cantonal.

4.2. Consultation du Conseil de santé

Enfin, comme le veut la procédure, le Conseil de santé, organe consultatif du Conseil d'État en matière de santé, a été également consulté sur l'avant-projet de rapport. Alors que trois de ses membres ont pris part à la consultation à titre individuel, le Conseil de santé a renoncé à s'exprimer par un préavis formel.

Suite à une remarque d'un membre du Conseil de santé, la formulation de la disposition prévue à l'alinéa 2 de l'article 83j a été améliorée afin, de donner au Conseil d'État la compétence de définir les normes applicables pour le temps pendant lequel les partenaires sociaux n'auraient pas réussi à s'accorder sur de nouvelles conditions de travail, après avoir consulté les partenaires sociaux.

Sensible à une position d'un membre du Conseil de santé selon laquelle il convient de préserver l'employabilité et de ne pas orienter la formation uniquement sur les besoins exclusifs de l'institution, le Conseil d'État a intégré une nouvelle disposition par laquelle il exige que l'institution hospitalière participe à l'effort de formation continue de l'ensemble de son personnel (art. 83r, al. 2). En outre, bien qu'ayant entendu la préoccupation exprimée au sujet du retour en emploi du personnel de santé non universitaire et partageant celle-ci, le Conseil d'État neuchâtelois considère, après vérification auprès des services de l'État en charge de ces questions, que l'article 83r, alinéa 3 couvre ses aspects et permet déjà de répondre aux préoccupations exprimées.

En outre, un membre du Conseil de santé a proposé d'élargir le critère d'attribution basé sur la maîtrise de la langue française à la fourniture de soins interculturels, évalués sur la capacité de l'institution à répondre aux besoins des patient-e-s par le respect de leur langue, de leur culture, de leur religion. Estimant que cette proposition était difficile à mettre en œuvre et dépassait la seule dimension de maîtrise linguistique, le Conseil d'État, a toutefois reconnu l'intérêt, au vu de la composition multiculturelle de la société neuchâteloise, d'évaluer la capacité d'un hôpital à offrir une prise en charge dans d'autres langues que la langue française. Il a donc rajouté cette notion dans l'article 83u, alinéa 1, lettre d.

5. INCIDENCES FINANCIÈRES, SUR LE PERSONNEL ET SUR LES COMMUNES

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 ni sur le personnel de l'État, celles-ci n'impliquant pas un vote sur l'engagement de nouvelles dépenses du Grand Conseil.

Ce projet n'a pas d'impact sur les communes.

6. 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).

7. CONFORMITÉ AU DROIT SUPÉRIEUR

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

8. CONSÉQUENCES ÉCONOMIQUES, SOCIALES ET ENVIRONNEMENTALES ET 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, sur deux niveaux :

a) en tant qu'obligation incombant aux institutions inscrites sur la liste hospitalière :

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

.

b) en tant que critère d'attribution des mandats :

- article 83u, alinéa 1, lettre e.

Bien que l'application de ces exigences par les établissements extra-cantonaux pourrait présenter certaines difficultés, leurs engagements dans les divers domaines du développement durable seront pris en compte dans l'évaluation des dossiers de candidature.

9. CONCLUSION

Par le présent rapport et conformément aux exigences posées 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 présente l'avantage que la liste des conditions fera l'objet d'un débat démocratique

transparent et sera au besoin soumise au référendum facultatif, ce qui représente un gain de transparence et de légitimité une fois adoptées.

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. 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 qui est la dernière étape du processus de planification hospitalière, ce dans le respect de la législation idoine. Il est d'ailleurs relevé que ces conditions-cadres ressortent pour l'essentiel de textes législatifs ou réglementaires, de la jurisprudence existante, d'avis de droit ou encore de recommandations d'organismes intercantonaux, et ne s'inscrivent pas dans une perspective de restriction de la liberté économique des institutions hospitalières par les autorités.

Considérant que les objectifs poursuivis par une planification hospitalière consistent à assurer un accès adéquat aux soins, à assurer un standard minimum de qualité et à veiller à la maîtrise des coûts, les conditions-cadres décrites dans le présent rapport s'inscrivent dans le respect de ces objectifs. 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 et les objectifs prioritaires de la politique de santé cantonale au premier titre, mais également dans les stratégies de santé publique à l'échelon national et intercantonal, ce précisément dans une vision de santé publique. D'autres conditions invitent les institutions qui solliciteront des mandats d'intérêt public à assumer leur responsabilité à l'égard de la collectivité, et ce aussi sur des aspects qui dépassent la dimension strictement sanitaire, à savoir dans une conception large du développement durable et de ses dimensions économique, sociale et environnementale.

De manière générale, les conditions-cadres proposées sont dans leur large majorité analogues à celles de la planification hospitalière précédente. Trois nouveautés principales sont à relever. D'une part, elles précisent les dispositions prévues en cas d'élaboration d'une planification intercantonale. D'autre part, elles formulent 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, elles prévoient que si, après examen des candidatures selon les mêmes critères, il s'avère nécessaire de départager certaines d'entre elles, la préférence sera donnée aux institutions de droit public du canton. Ceci se justifie aux yeux du Conseil d'État par un intérêt collectif à maintenir des institutions publiques pour garantir la couverture des besoins en soins dans tous les domaines, y compris ceux qui s'avèreraient moins rentables mais pourraient tirer avantage de synergies avec les domaines les plus rentables.

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

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

Neuchâtel, le 29 mars 2021

Au nom du Conseil d'État :

<i>La présidente</i>	<i>La chancelière,</i>
M. MAIRE-HEFTI	S. DESPLAND

Loi portant modification de la loi de santé (planification hospitalière)

Le Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel,
sur la proposition du Conseil d'État, du 29 mars 2021,
décète :

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

Art. 73a

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

Titre de section avant article 83 (nouveau)

Section 1bis : Planifications

A. En général

Art. 83 et note marginale (nouvelle teneur)

Principes

¹Le 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.

²Il tient compte des propositions du Conseil de santé.

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

⁴Ce rapport doit notamment porter sur les options stratégiques ainsi que sur la réalisation des objectifs confiés à RHNe, 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 avant art. 83a (nouveau)

B. Planification médico-sociale

Art. 83a et note marginale (nouvelle teneur)

PMS

¹Dans le cadre de la planification médico-sociale cantonale, le Conseil d'État établit la planification des besoins par région et par mission en matière d'accueil 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.

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

³Il 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 avant art. 83b (nouveau)

C. Planification hospitalière

Texte

1. Généralités

Art. 83b et note marginale (nouvelle teneur)

Processus de planification

¹Le 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.

²Il 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).

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

⁴Les dispositions de la présente section (planification hospitalière) s'appliquent par analogie aux maisons de naissance.

⁵Il 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.

⁶Il peut subordonner l'octroi de mandats à l'existence d'une collaboration interinstitutionnelle.

⁷Le Grand Conseil approuve l'évaluation des besoins établie en vue de l'élaboration de la planification hospitalière.

Art. 83c et note marginale (nouvelle teneur)

Planification intercantonale

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

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

³Lorsqu'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.

Art. 83d (nouveau)

Gestion des quantités

¹Le Conseil d'État peut recourir à un système de gestion des quantités pour limiter l'offre en matière de prestations.

²Il s'assure que la couverture des besoins évaluée dans le cadre de la planification hospitalière est garantie.

Conditions
d'admission

Art. 83e (nouveau)

¹Pour pouvoir être admis 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 au sens de l'article 39 LAMal (ci-après : les institutions hospitalières) doivent :

- a) remplir les prérequis fixés à l'articles 83f ;
- b) s'engager formellement à respecter les obligations prévues aux articles 83g à 83t.

²Le Conseil d'État peut prendre en considération les candidatures des institutions hospitalières qui ne rempliraient pas tous les prérequis ou ne pourraient pas s'engager sur le respect de toutes les obligations, si la couverture des besoins de la population neuchâteloise rend nécessaire l'admission de l'institution sur la liste hospitalière.

³Les conditions d'admissions propres à la planification intercantonale sont réservées.

⁴Le droit du canton dans lequel est implantée l'institution hors canton est réservé et pris en compte lors de l'examen des conditions d'admission.

⁵Le département précise au besoin les conditions d'admission par directive.

2. Prérequis

Art. 83f (nouveau)

Prérequis

L'institution hospitalière désirant figurer sur la liste hospitalière doit démontrer :

- a) être au bénéfice des autorisations requises en lien avec son exploitation et son personnel ;
- b) avoir la disponibilité et la capacité à remplir le mandat de prestations pour lequel elle postule ;
- c) être pérenne et solvable ;
- d) garantir la qualité de la fourniture de prestations et une masse critique suffisante en nombre de cas ;
- e) être affiliée à une communauté ou à une communauté de référence certifiée au sens de l'article 11, lettre *a* de la loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP) du 19 juin 2015.

3. Obligations incombant aux institutions hospitalières inscrites sur la liste

Art. 83g (nouveau)

Maintien des
prérequis

¹Dès lors qu'elle postule pour accéder à la liste hospitalière, l'institution hospitalière s'engage formellement à maintenir les prérequis au sens de l'article 83f.

²L'article 83e, alinéa 2 est réservé.

Art. 83h (nouveau)

Admission des patient-e-s

¹Dans 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, ou au type de contrat d'assurance contracté par le-la patient-e.

²L'obligation d'admission est respectée du point de vue du type de contrat d'assurance si au moins deux tiers 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.

Art. 83i (nouveau)

Dossier patient informatisé et cybersanté

¹L'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.

²Elle 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.

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

Art. 83j (nouveau)

Conditions de travail

¹L'institution hospitalière sise dans le canton est tenue de respecter les conditions de travail prévues par la convention collective de travail CCT Santé 21.

²Si les partenaires sociaux ne parviennent pas à un accord en cas de dénonciation de la CCT Santé 21, le Conseil d'État fixe les conditions de travail, après les avoir entendus.

³L'institution hospitalière hors canton figurant sur la liste hospitalière neuchâteloise est tenue de respecter les conditions prévues par une convention collective de travail ou des normes applicables dans son canton.

Art. 83k (nouveau)

Transparence et accès aux données

¹L'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.

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

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

Art. 83l (nouveau)

Pérennité de l'institution

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.

Standards et certifications	<i>Art. 83m (nouveau)</i>	<p>¹S'agissant de sa comptabilité financière et analytique, l'institution hospitalière applique les standards et obtient les certifications de la branche tels que définis par le département.</p> <p>²Elle maintient ses certifications durant toute la période de son mandat.</p>
Tarifs et codage	<i>Art. 83n (nouveau)</i>	<p>¹L'institution hospitalière applique le modèle de tarifs intégré basé sur la comptabilité par unité finale d'imputation défini par le département.</p> <p>²Sur demande du service, elle invite celui-ci aux négociations sur les tarifs et lui transmet les documents utiles.</p> <p>³Elle se soumet à la révision annuelle de son codage médical.</p>
Implications en matière de santé publique	<i>Art. 83o (nouveau)</i>	<p>¹L'institution hospitalière participe aux efforts de lutte contre les maladies transmissibles ainsi que de prévention et de contrôle des infections.</p> <p>²Elle 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.</p> <p>³Si 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.</p>
Droits des patient-e-s	<i>Art. 83p (nouveau)</i>	<p>¹L'institution hospitalière respecte les droits des patient-e-s garantis par la législation fédérale et cantonale, notamment le droit à l'information ainsi qu'au consentement libre et éclairé du-de la patient-e ;</p> <p>²Elle forme à la langue française les membres de son personnel qui ne la maîtrisent pas suffisamment.</p>
Développement durable a) principe	<i>Art. 83q (nouveau)</i>	<p>¹L'institution hospitalière s'engage en matière de développement durable.</p> <p>²Elle met en place une organisation pertinente à cet effet et utilise des outils de suivi des performances et d'amélioration continue.</p>
b) formation, insertion et intégration professionnelle	<i>Art. 83r (nouveau)</i>	<p>¹L'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.</p> <p>²Elle participe à l'effort de formation continue de son personnel.</p> <p>³Elle 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.</p> <p>⁴Elle 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.</p>

c) Ressources locales et domiciliation	<i>Art. 83s (nouveau)</i>	<p>¹L'institution hospitalière sise dans le canton priorise le recours aux ressources locales sous réserve des exigences de la législation en matière de marchés publics.</p> <p>²Elle contribue, en tant qu'employeur, à promouvoir la domiciliation de son personnel dans le canton.</p>
Obligations en cas de cessation d'activité	<i>Art. 83t (nouveau)</i>	<p>¹Dès 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.</p> <p>²Pour 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.</p>
4. Attribution des mandats		
Critères d'attribution	<i>Art. 83u (nouveau)</i>	<p>¹Le Conseil d'État octroie les mandats en fonction des critères d'attribution suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) l'économicité : évaluée sur la base des coûts unitaires à charge de l'assurance obligatoire de soins de l'institution hospitalière. b) la qualité : évaluée sur la base du nombre de prestations fournies pour chaque domaine de prestations, ainsi que de l'existence et de la nature des collaborations avec d'autres institutions hospitalières reconnues comme centres de compétences dans le domaine considéré. c) l'accessibilité au traitement dans un délai utile : évaluée sur la base du temps d'accès moyen à l'institution hospitalière pour la population neuchâteloise, ainsi que sur le délai garanti entre l'indication et la réalisation des prestations électives. d) la langue : évaluée sur la capacité de l'institution à assurer une prise en charge en langue française et dans d'autres langues permettant de respecter le droit à l'information du-de la patient-e et le consentement de celui-celle-ci. e) le développement durable : évalué au regard des engagements concrets de l'institution hospitalière en matière de développement durable et de la démonstration de sa responsabilité dans les domaines économiques, sociétaux et environnementaux. <p>²A résultat équivalent quant à la capacité de répondre au mieux aux critères de l'alinéa 1, la priorité est donnée aux institutions hospitalières de droit public du canton.</p>
Contrat de prestations	<i>Art. 83v (nouveau)</i>	<p>¹Le Conseil d'État formalise l'attribution du ou des mandats ainsi que les conditions et les charges qui y sont liées par la conclusion d'un contrat de prestations et fixe au besoin les limitations de quantité.</p>

²À 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 limites de quantité et les modalités relatives à la fourniture des prestations, par décision.

Titre de section avant article 83w (nouveau)

Section 1ter : Équipement technique lourd

Art. 83w (nouveau)

Art. 83b et note marginale actuels

Titre de section avant article 83x (nouveau)

Section 1quater : Orientation dans le réseau de santé

Art. 83x (nouveau)

Art 83c et note marginale actuels

Réserve : Si la loi sur l'accompagnement et le soutien à domicile (LASDom) est adoptée avant la présente loi, cet article 83x n'est pas repris dans la loi de santé, car l'article 83c aura été abrogé.

Titre de section avant article 84 (nouveau)

Section 1quinquies : Reconnaissance d'utilité publique

Art. 105a (nouvelle teneur), note marginale actuelle

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 1995¹ ;
- 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.

Art. 123b, al. 1 et al. 4, note marginale

b) institutions et leurs responsables

¹En 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.

²*Alinéa 2 actuel*

³*Alinéa 3 actuel*

⁴Les 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 ¹La présente loi s'applique au processus de planification pour les années 2023 et suivantes.

²Les 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 ¹La présente loi est soumise au référendum facultatif.

Publication
Entrée en vigueur
et promulgation

Art. 4 ¹Le Conseil d'État pourvoit, s'il y a lieu, à sa promulgation et à son exécution.

²Le Conseil d'État fixe l'entrée en vigueur de la présente loi.

Neuchâtel, le

Au nom du Grand Conseil :

Le président,

La secrétaire générale,

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Pages</i>
RÉSUMÉ	1
1. INTRODUCTION	3
1.1. Rappel du processus de planification hospitalière	3
1.2. Synthèse de l'évaluation des besoins	3
1.3. Conditions-cadres définies pour la planification hospitalière 2023 – 2030	4
1.4. Nouvelles prescriptions cantonales depuis le 1 ^{er} janvier 2016	6
2. GÉNÉRALITÉS	6
2.1. Objectifs du projet de loi portant modification de la loi de santé	6
2.2. Conditions-cadres réglant l'accès à la liste hospitalière	7
3. COMMENTAIRE ARTICLE PAR ARTICLE	9
4. CONSULTATION	32
4.1. Consultation des milieux intéressés	32
4.2. Consultation du Conseil de santé	34
5. INCIDENCES FINANCIÈRES, SUR LE PERSONNEL ET SUR LES COMMUNES	33
6. VOTE DU GRAND CONSEIL ET RÉFÉRENDUM	34
7. CONFORMITÉ AU DROIT SUPÉRIEUR	35
8. CONSÉQUENCES ÉCONOMIQUES, SOCIALES ET ENVIRONNEMENTALES ET POUR LES GÉNÉRATIONS FUTURES	35
9. CONCLUSION	35
Loi portant modification de la loi de santé (planification hospitalière)	37