GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Secrétariat central

92.4 *24.05.2017 / DS/HU/SL/PB*

Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière

d'après la
révision de la LAMal sur le financement hospitalier du 21.12.2007
et la jurisprudence du 1.1. 2012 au 31.1.2017

Version partiellement révisée des recommandations adoptées par le Comité directeur de la CDS le 14.5.2009, approuvée par l'Assemblée plénière de la CDS du 18.5.2017

Contenu

1	Contexte	2
2	Recommandations de la CDS	4
2.1	Planification hospitalière liée aux prestations (recommandation révisée)	4
2.2	Planification hospitalière conforme aux besoins (nouvelle recommandation)	7
2.3	Eventail des prestations (recommandation révisée)	9
2.4	Caractère économique (recommandation révisée)	10
2.5	Qualité (recommandation pas encore révisée)	11
2.6	Accessibilité (recommandation révisée)	12
2.7	Nombre minimum de cas (recommandation pas encore révisée)	12
2.8	Gestion des quantités (recommandation révisée)	14
2.9	Obligation d'admission (recommandation pas encore révisée)	15
2.10	Admission en urgence (recommandation pas encore révisée)	17
2.11	Coordination intercantonale de la planification hospitalière et des flux de patients (nouvelle recommandation)	17
2.12	Livraison des données (recommandation pas encore révisée)	18
2.13	Engagement d'investissements (recommandation pas encore révisée)	19
2.14	Contributions aux frais d'investissements (recommandation pas encore révisée)	20
2.15	Conditions de travail (recommandation pas encore révisée)	21
2.16	Prestations de formation (recommandation pas encore révisée)	21

1 Contexte

Le groupe de travail Planification hospitalière de la CDS a élaboré la première version des présentes recommandations sur mandat de la commission "Application LAMal". Elles ont été adoptées par le Comité directeur de la CDS le 14.5.2009.

Une révision partielle des recommandations visant à préciser des points choisis a eu lieu en 2016/2017. Ces adaptations ont été approuvées par l'Assemblée plénière de la CDS le 18.5.2017. Les recommandations sont signalées dans le titre et par des couleurs de la manière suivante:

Recommandations nouvelles ou révisées: fond bleu
Recommandations pas encore révisées: fond gris

Les recommandations non traitées seront révisées dans une seconde étape.

Les présentes recommandations sont complétées par les documents de travail suivants:

- Concept de groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) dans les soins aigus, dont le Comité directeur de la CDS recommande par décision du 27.1.2011 l'utilisation aux départements cantonaux de la santé dans le cadre de la planification hospitalière liée aux prestations[1].
- Recommandations sur l'examen de l'économicité: détermination des hôpitaux efficients d'après l'article 49 al.1 LAMal, version actualisée adoptée par le Comité directeur de la CDS le 6 avril 2017[2].
- Guide de la CDS de juillet 2005 pour une planification hospitalière liée aux prestations dans le domaine des soins aigus et Guide sur la planification de la psychiatrie de juillet 2008 pour le domaine de la psychiatrie.[3]

Les présentes recommandations ne concernent pas la planification intercantonale de la médecine hautement spécialisée d'après l'art. 39 al. 2bis LAMal et la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS).[4]

Les recommandations de la CDS ne sont pas contraignantes pour les cantons. Elles doivent cependant favoriser une vision commune de la tâche cantonale de la planification hospitalière et s'entendent ainsi également comme une contribution à la coordination intercantonale de la planification hospitalière au sens défini par l'art. 39 al. 3 LAMal.

Les recommandations sont fondamentalement valables pour la planification des prestations dans tous les domaines de prise en charge (soins aigus, psychiatrie, réadaptation, maisons de naissance). Il convient toutefois de considérer dans la planification des trois domaines de prise en charge psychiatrie, réadaptation et maisons de naissance que le point de départ des recommandations a majoritairement été la problématique du domaine des soins aigus.

Notion de mandat de prestations :

- Dans les recommandations ci-après, une seule notion est utilisée pour les différentes acceptions possibles d'un *"mandat de prestations"*.
- La notion de "mandat de prestations" est définie comme suit:
  Un mandat de prestations est fondé sur la planification de la prise en charge selon l'art. 58b OAMal, adapté aux besoins et constitue une garantie de l'offre d'un établissement figurant sur la liste hospitalière au sens de l'art. 58b al. 3 OAMal. Il contient l'éventail des prestations attribué sous certaines obligations et conditions.
- Conformément à l'art. 58a al. 2 OAMal, les cantons réexaminent périodiquement leurs planifications. Avec une éventuelle répartition entre un mandat de prestations à long terme d'une part et un mandat de prestations de court à moyen terme d'autre part, on

[1] Cf. www.gdk-cds.ch/index.php?id=623&L=1&z2rrl=855379

[2] http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/empfehl/em_wirtschaftlichkeitspruefung_v3.0_20170406_def_f.pdf

[3] http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=615&L=1

[4] www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/01_ivhsm_cimhs_14032008_d.pdf

peut prendre en compte cette exigence ainsi que le fait que la planification hospitalière est un processus continu, qui doit néanmoins offrir une certaine sécurité (couverture des frais d'investissement) aux prestataires.

- L'éventuel support juridique des mandats de prestations dans les bases légales cantonales et la définition de leur contenu sont l'affaire des cantons.

2 Recommandations de la CDS

2.1 Planification hospitalière liée aux prestations (recommandation révisée)

Recommandation 1:	**a)** Une **planification hospitalière** comprend l'évaluation des tous les prestataires intéressés d'après les critères de planification pertinents et aboutit à la publication de la liste hospitalière cantonale. Elle doit répondre aux critères de planification selon l'art. 58a OAMal en lien avec l'art. 39 al. 2ter LAMal et se caractérise par les étapes suivantes: évaluation globale et prévision des besoins; appels d'offres; appréciation et détermination de l'offre; coordination avec d'autres cantons; publication d'une liste hospitalière. Les attributions de prestations requièrent que les critères de besoins, de qualité, d'économicité et d'accès dans un délai utile soient remplis. Le réexamen de la planification hospitalière s'effectue périodiquement. **b)** Une **actualisation de la liste hospitalière** sans planification hospitalière globale selon lettre a) est possible en cas d'adaptations mineures des mandats de prestations des hôpitaux répertoriés si ce besoin est avéré ou d'élargissement des mandats de prestations des hôpitaux si une couverture médicale insuffisante existe ou se dessine dans un domaine de prestations déterminé. En conséquence, toutes les étapes de la planification ne doivent pas être de nouveau suivies. D'éventuelles nouvelles attributions de prestations doivent toutefois satisfaire aux critères de besoins, de qualité, d'économicité et d'accès dans un délai utile. Les mandats de prestations des hôpitaux répertoriés ne sont pas remis en question. **c)** Les adaptations des listes hospitalières qui sont uniquement de nature formelle sont exceptées de l'examen des critères mentionnés aux lettres a) et b) et de l'octroi du droit d'être entendu. De telles adaptations n'entraînent pas la publication de listes hospitalières nouvelles ou actualisées au sens des lettres a) et b). **d)** Le guide pour une planification hospitalière liée aux prestations et le guide sur la planification de la psychiatrie présentent des méthodes possibles de détermination liée aux prestations des besoins au sens de l'art. 58c let. a OAMal (somatique aiguë et maison de naissance) et le cas échéant d'après l'art. 58c let. b OAMal (psychiatrie). **e)** Les données de base d'après l'art. 58b al. 1 et 2 OAMal sont les données statistiques définitives présentées par l'OFS. On peut recourir aux données provisoires et aux données des enquêtes cantonales dans la mesure où elles sont disponibles pour le canton. **f)** La détermination des besoins et de l'offre, d'une part, et l'attribution de mandats de prestations et leur regroupement dans la liste cantonale des hôpitaux, d'autre part, peuvent faire l'objet de décisions séparées. **g)** L'Etat est souverain en matière d'attribution de mandats de prestations.

Motivation:	a) Le processus d'une planification hospitalière doit suivre les directives de l'OAMal. Un appel d'offres en est partie intégrante (cf. arrêt TAF C-6266/2013). Il convient à cet égard de garantir que tous les prestataires pouvant être intéressés soient intégrés dans l'appel d'offres. Des invitations à répondre à l'appel d'offres doivent être publiées dans l'organe officiel de publication. Conformément à l'art. 58a OAMal, les cantons sont tenus de réexaminer périodiquement leur planification. Le réexamen peut avoir comme résultat que la planification hospitalière ne nécessite aucune adaptation. Un renouvellement de la planification incluant une analyse globale des besoins et une mise au concours de tous les mandats de prestations n'est approprié qu'à intervalles temporels importants ou que si de grands écarts entre la prévision des besoins et les évolutions réelles sont constatés. Des mandats de prestations à long terme sont essentiels dans le secteur hospitalier, car la sécurité de la planification et des investissements des prestataires peut de la sorte être accrue. De nouvelles planifications et de nouvelles mises au concours globales engendrent de l'insécurité, mais sont indispensables lors de changements majeurs dans la structure des soins. La fixation des intervalles temporels entre les planifications globales incluant de nouvelles mises au concours est laissée à l'appréciation des cantons et doit prendre en compte les intérêts différents suivants: une stabilité et une continuité appropriées doivent d'une part être accordées aux patients, aux prestataires, aux cantons financeurs et aux assureurs; des intervalles de planification trop longs créent d'autre part le danger d'une rigidité du système avec tous les désavantages en matière de qualité et de coûts qui y sont liés. b) Tant que la prévision des besoins établie dans la planification hospitalière s'avère toujours correcte et que les autres documents de planification sont également encore valables, aucune nouvelle planification hospitalière globale n'est nécessaire dans l'intervalle prévu par le canton. Il existe toutefois différentes raisons pour qu'une liste hospitalière existante soit réexaminée et actualisée sans nouvelle planification hospitalière dans l'intervalle prévue par le canton, en particulier: - retrait d'un mandat de prestations (globalement ou pour un ou plusieurs groupes de prestations); - réexamen de mandats de prestations limités dans le temps (globalement ou pour un ou plusieurs groupes de prestations) à l'expiration de la période de validité: transformation en mandats de prestations illimités dans le temps ou non renouvellement du mandat de prestations; - résiliation d'un mandat de prestations par un hôpital répertorié; - attribution d'un groupe de prestations au sein d'un domaine de prestations existant supplémentaire pour un hôpital figurant déjà sur la liste hospitalière afin d'étoffer de manière appropriée son portefeuille de prestations;

- intégration d'un nouvel hôpital sur la liste hospitalière pour combler une insuffisance de la couverture médicale ou atténuer cette insuffisance;
- adaptations mineures des exigences.

Si une liste hospitalière est actualisée, les critères de besoins, de qualité, d'économicité et d'accès dans un délai utile devraient fondamentalement aussi être évalués seulement lors de l'admission d'un nouvel hôpital (mais en règle générale seulement pour ce qui est des hôpitaux intéressés). Outre la procédure d'évaluation des hôpitaux intéressés, une coordination intercantonale est ici également nécessaire.

Alors que c'est le cas lors d'une nouvelle planification hospitalière, les hôpitaux déjà répertoriés ne sont pas de nouveau examinés quant à ces critères. Les mandats de prestations des hôpitaux déjà répertoriés ne sont pas non plus remis en question par la demande d'un nouveau candidat dans l'intervalle précédant la planification hospitalière. Des mandats de prestations (illimités dans le temps) ne peuvent être retirés dans l'intervalle précédant la planification hospitalière que si un hôpital répertorié ne remplit plus les exigences qui lui sont posées. De nouveaux hôpitaux ne peuvent être pris en compte dans une actualisation de la liste hospitalière qu'en cas de couverture médicale insuffisante avérée ou prévisible.

Il incombe au canton concerné d'évaluer si une actualisation de la liste hospitalière est nécessaire dans l'intervalle précédant la planification hospitalière. Les clarifications et évaluations nécessaires lors de telles actualisations doivent fondamentalement s'effectuer de manière groupée.

c) Les modifications de nature formelle des listes hospitalières qui ne mènent pas à une liste hospitalière nouvelle ou actualisée au sens des recommandations formulées aux lettres e) et f) sont notamment:

- reprise des décisions CIMHS;
- reprise des adaptations des catalogues CHOP et CIM dans les définitions des groupes de prestations (dans la mesure où les droits et obligations des hôpitaux ne sont pas concernés);
- correction d'erreurs;
- intégration de modifications formelles (changement de nom, etc.). En raison de la fonction de publicité de la liste hospitalière, ces modifications rendent également toujours nécessaire une nouvelle publication de celle-ci; mais pas au sens des lettres a) et b), respectivement sans consultation auprès des autres cantons.

d) De l'avis de la CDS, l'exigence d'une planification hospitalière liée aux prestations peut être remplie par cette approche dans les domaines somatique aigu et de la psychiatrie. Conformément à l'art. 58c let. b OAMal, la planification dans les domaines de la réadaptation et de la psychiatrie est liée aux prestations ou aux capacités. Pour le domaine de la psychiatrie, il existe un guide de la CDS sur la détermination des besoins et la planification liée aux prestations, mais pas pour le domaine de la réadaptation.

e) Les statistiques fédérales définitives sur le système de santé stationnaire ne sont disponibles que tardivement. Les résultats provisoires de l'OFS peuvent, mais ne doivent pas nécessairement, être mis à contribution pour la détermination de la demande et de l'offre.

f) Une application plus efficace et en temps voulu peut être rendue possible si la planification hospitalière d'une part et l'attribution de mandats de prestations d'autre part font l'objet de décisions séparées, qui doivent le cas échéant être attaquées individuellement. Il faut en outre également relever que la procédure de recours d'après l'art. 53 LAMal a fait l'objet d'une nouvelle réglementation. En particulier, le grief de l'inopportunité au sens de l'art. 53 al. 2 let. e LAMal contre des décisions d'après l'art. 39 LAMal ne peut être invoqué. Au regard de l'art. 39 al. 1 LAMal, la pertinence de cette limitation du droit de recours tant pour la planification hospitalière (art. 39.1 let. d) qu'en particulier pour l'attribution de mandats de prestations (art. 39.1 let. e) doit être soulignée.

g) Le Parlement fédéral n'a pas voulu soumettre les décisions sur les mandats de prestations aux règles de la Loi fédérale sur les marchés publics (LMP). Concernant la limitation du droit de recours, voir également la remarque sous f).

2.2 Planification hospitalière conforme aux besoins (nouvelle recommandation)

Recommandation 2:	**a)** Chaque canton doit planifier les besoins en prestations médicales stationnaires de sa population résidente. Les flux de patients extracantonaux doivent également être pris en compte. Les besoins sont déterminés selon une démarche vérifiable, en se fondant notamment sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons. **b)** En plus de la qualité et de l''économicité, l'importance de l'hôpital pour couvrir les besoins est l'un des critères possibles dans l'attribution d'un mandat de prestations. Les cantons peuvent en conséquence fixer des valeurs-seuils pour les besoins à couvrir par un prestataire (cf. lettres c et d). **c)** En cas d'offre de prestations globalement suffisante ou supérieure aux besoins, un hôpital à l'intérieur du canton ne doit pas être considéré comme déterminant pour la couverture des besoins (dans un groupe de prestations) s'il ne fournit pas dans le groupe de prestations concerné et pendant une période fixée par le canton, au minimum 5% (et à la fois au moins 10 cas) des traitements stationnaires des patientes et patients domiciliés dans le canton. Dans des cas fondés, en particulier pour des considérations de politique des soins visant une couverture sanitaire décentralisé, la conception de la liste hospitalière peut s'écarter de la valeur-seuil recommandée. Les exigences régissant l'attribution de mandats de prestations prescrites dans la législation cantonale demeurent réservées. **d)** En cas d'offre de prestations globalement suffisante ou supérieure aux besoins, un hôpital extracantonal ne doit pas être considéré comme déterminant pour la couverture des besoins (dans un groupe de prestations) s'il ne fournit pas, dans le

groupe de prestations concerné et pendant une période fixée par le canton, au minimum 5% (et à la fois au moins 10 cas) des traitements stationnaires des patientes et patients domiciliés dans le canton qui établit la liste hospitalière.

Dans des cas fondés, la conception de la liste hospitalière peut s'écarter de la valeur-seuil recommandée. Les exigences régissant l'attribution de mandats de prestations prescrites dans la législation cantonale demeurent réservées.

e) Une planification hospitalière est conforme aux besoins si dans la liste hospitalière des mandats de prestations sont attribués à des hôpitaux intracantonaux et extracantonaux de telle sorte qu'au moins un mandat de prestations soit attribué pour chaque groupe de prestations. En fonction du recours aux prestations en dehors de la liste hospitalière cantonale, on peut s'écarter dans un groupe de prestations d'une couverture de 100% des traitements stationnaires de la population du canton. Une couverture inférieure à 80% des traitements stationnaires de la population du canton (inférieure à 70% dans les cantons de moins de 300‘000 habitants) doit de toute façon être motivée.

Les exigences régissant l'attribution de mandats de prestations prescrites dans la législation cantonale demeurent réservées.

Motivation:

a) Les cantons sont tenus de planifier les besoins en prestations hospitalières stationnaires de leur population résidente et de garantir les prestations nécessaires pour les satisfaire. Le Tribunal administratif fédéral a arrêté (C-1966/2014, consid. 4.1.3) que non seulement la demande intracantonale mais également la demande extracantonale doit à cet égard être pris en compte. Conformément à l'art. 58 OAMal, les cantons déterminent les besoins selon une démarche vérifiable et se fondent à cet égard notamment sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons.

b)-d) Une planification hospitalière est conforme aux besoins si elle couvre les besoins déterminés de la population résidente, prend en compte la demande extracantonale et que les surcapacités sont évitées ou réduites, sauf s'il s'agit de capacités hospitalières maintenues pour des questions de politique régionale (C-4232/2014 consid. 5.4.4). Un mandat de prestations doit être attribué si celui-ci est nécessaire pour couvrir une part importante des besoins. En l'absence d’importance pour couvrir les besoins, aucun mandat de prestations ne doit être attribué; les hôpitaux globalement non déterminants pour la couverture des besoins d’un canton ne doivent pas être pris en compte. Les surcapacités sont de la sorte respectivement évitées et réduites. Dans les arrêts rendus par le Tribunal administratif fédéral, la réduction des surcapacités a été explicitement mentionnée comme l'un des objectifs de la planification hospitalière, sans toutefois que soit précisé comment cela doit se concrétiser ni quand des surcapacités existent. Si un hôpital n’est pas considéré comme nécessaire pour répondre à ses besoins par le canton siège, mais qu’il l'est pas d'autres cantons pour couvrir leurs propres besoins, il est possible que cet hôpital ne reçoive pas de mandat de prestations du canton siège mais en reçoive d’un autre canton. On ne peut toutefois déduire a contrario des valeurs-seuils recommandées dans la définition de la pertinence pour garantir la prise en charge quand un hôpital doit être considéré comme déterminant pour garantir la prise en charge ;

un droit à un mandat de prestations ne peut donc en aucun cas en être déduit.

e) Les services de santé stationnaires sont à l'intersection entre planification et marché. Les habitants de chaque canton ont pour un traitement hospitalier le choix entre l'offre figurant sur la liste hospitalière de leur canton et sur les listes hospitalières des autres cantons, le recours à des hôpitaux extracantonaux pouvant toutefois entraîner des coûts supplémentaires à leur charge. Les cantons ne doivent pas garantir sur leurs listes hospitalières toutes les offres auxquelles ont recours leur population. La recommandation qu'il est possible de s'écarter également d'une couverture des besoins de 100% offrira un point de repère sur la manière dont doit être mise en œuvre la directive de planification émise à l'art. 58b al. 3 OAMal.

2.3 Eventail des prestations (recommandation révisée)

Recommandation 3:	**a)** L'éventail des prestations dans les soins aigus est classé selon le concept de groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH). La classification peut reposer sur des niveaux agrégés (domaines de prestations). **b)** Les exigences médicalement déterminées portant sur des prestations spécifiques et fixées pour chaque GPPH sont fondamentalement partie intégrante du concept GPPH. Les cantons sont tenus de suivre ces exigences dans leurs planifications. Dans le cadre de sa planification hospitalière, un canton peut s'en écarter dans des cas justifiés. **c)** Les mandats de prestations aux hôpitaux de soins aigus et aux maisons de naissance sont attribués selon les GPPH. Un mandat de prestations au moins est attribué pour chaque groupe de prestations à un hôpital intracantonal ou extracantonal. **d)** Le canton peut poser comme obligation ou condition d'octroi du mandat de prestations la garantie de la prise en charge (de base) d'un éventail de prestations déterminé dans une région. **e)** L'inscription d'un hôpital sur la liste cantonale des hôpitaux se fait dans le cadre et en fonction des mandats de prestations attribués.

Motivation:	a) Une classification des prestations médicales – en vue de la planification hospitalière – n'existe jusqu'ici que pour le domaine des soins aigus. Celle-ci est – suivant la recommandation du 27.1.2011 du Comité directeur de la CDS – appliquée par la grande majorité des cantons pour leur planification hospitalière. Une base importante pour une coordination intercantonale est de la sorte posée. Dès que des groupes de prestations médicalement fondés existeront – en vue de la planification de la psychiatrie et de la réadaptation – également pour ces domaines, le Comité directeur de la CDS aura à décider si leur utilisation doit aussi être recommandée aux cantons. b) Les exigences définies en matière de structure, processus et personnel ainsi que les nombres minimums de cas des dif-

férents GPPH doivent être appliquées au plan suisse aussi uniformément que possible. Des exceptions motivées par la situation de la prise en charge dans un canton doivent rester possibles. Ces exceptions devraient être mentionnés sur la liste hospitalière ou dans les documents de planification.

c) L'attribution d'au moins un mandat de prestations par groupe de prestations garantit que tout l'éventail des prestations médicales est couvert. On prévient de la sorte dans une certaine mesure le risque de lacunes dans la prise en charge.

d) Dans le concept de groupes de prestations le paquet de base constitue la base pour tous les hôpitaux comportant un service des urgences et il est pour eux obligatoire. Les cantons peuvent définir sous la forme de liaisons entre groupes de prestations d'autres enveloppes de prestations à fournir intégralement.

La formulation de telles "enveloppes de prestations" à fournir intégralement peut être nécessaire pour garantir la prise en charge (de base) complète dans une région et/ou permettre aux prestataires intéressés de fournir les prestations de manière globalement économique grâce à une certaine concentration de l'offre. Le regroupement de prestations est aussi particulièrement indiqué lorsque le prestataire remplit des tâches telles que la formation, la formation postgrade et le service d'urgence et qu'il est soumis à l'obligation d'admission. Dans le contexte de la sécurité de la prise en charge mais aussi de la qualité, il est important que la planification cantonale ne soit pas contournée au moyen de la transmission à un autre hôpital, mais que les mandats de prestations soient attribués à un site et respectés par celui-ci.

e) Le législateur prévoit la possibilité d'attribuer des mandats de prestations différenciés par catégories. La liste des hôpitaux représente la somme des mandats de prestations. Le libre choix de l'hôpital (à l'intérieur et à l'extérieur du canton) au sens de l'art. 41 et l'obligation d'admission au sens de l'art. 41a LAMal se rapportent donc uniquement à l'éventail de prestations pour lequel l'hôpital a reçu un mandat de prestations.

2.4 Caractère économique (recommandation révisée)

Recommandation 4:	**a)** Dans le cadre de l'attribution de mandats de prestations, le canton évalue le caractère économique de l'hôpital postulant en vue d'une fourniture efficiente des prestations. Une comparaison des coûts (par cas) ajustés en fonction du degré de sévérité d'un nombre aussi représentatif que possible d'hôpitaux comparables constitue en règle générale la base de l'évaluation de l'efficience. **b)** La méthode de détermination des coûts (par cas) ajustés au degré de sévérité pertinents pour les comparaisons est dans le cadre de la planification hospitalière en règle générale analogue à celle retenue dans l'approbation et la fixation des tarifs. La méthode pour déterminer les coûts se conforme aux recommandations de la CDS sur l'examen de l'économicité.

Motivation:	a) Si des comparaisons d'établissements ne sont pas possibles faute de base de comparaison, l'examen approfondi de la présentation des coûts de l'hôpital concerné peut également être mené (comparaisons des frais de personnel, du loyer et des coûts d'utilisation des immobilisations selon les valeurs en usage dans la branche). Vu qu'une présentation des coûts ne peut se faire au niveau d'un groupe de prestations du fait des données disponibles, l'examen de l'économicité repose sur l'ensemble des coûts relevant de l'AOS de l'hôpital. Dans le cadre de sa planification hospitalière, un canton peut fondamentalement s'appuyer sur l'examen de la détermination correcte des coûts réalisé par un autre canton. b) Les coûts relevant de la LAMal doivent être intégrés dans les comparaisons d'établissements. Les recommandations de la CDS sur la détermination des coûts pertinents pour les comparaisons se rapportent à ces coûts par cas ajustés au degré de sévérité relevant de la LAMal. Il est par conséquent adéquat de suivre – autant que possible – pour l'examen de l'économicité dans le cadre de la planification hospitalière une procédure similaire à celle retenue pour l'approbation ou la fixation des tarifs, des aspects divergents tels que des examens pluriannuels et l'intégration d'autres indicateurs pour évaluer l'économicité (p. ex. marge EBITDA) étant toutefois pris en compte.

2.5 Qualité (recommandation pas encore révisée)

Recommandation 5:	**a)** Dans le cadre de l'octroi de mandats de prestation, le canton examine les exigences spécifiques en matière d'infrastructure et de dotation en personnel pour la fourniture de prestations déterminées. Il peut faire dépendre l'octroi du mandat du respect de ces exigences. **b)** Les conditions requises pour l'assurance qualité et l'attestation de la qualité sont formulées dans le mandat de prestations cantonal. **c)** Les cantons obligent dans le mandat de prestations cantonal les hôpitaux à adhérer à "l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques" et à participer aux mesures nationales de la qualité qui y sont coordonnées. D'éventuelles exigences allant au-delà en matière de mesures et de livraisons des données doivent être formulées séparément ou sont fixées par les organes compétents. Cela s'applique en particulier à l'accord sur le traitement des données et leur publication. **d)** Les cantons s'efforcent de coordonner les dispositions au sens de l'art. 77 OAMal dans le cadre de "l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques".

Motivation:	a) Les cantons garantissent, dans le cadre de l'admission par la police sanitaire selon l'art. 39 al. 1 let. a-c LAMal, que les exigences de prise en charge de qualité suffisante et de garantie de la sécurité sont remplies d'une manière générale. Cer-

taines prestations requièrent cependant un personnel spécialisé et une infrastructure spécifique. Le respect de ces exigences spécifiques doit être assuré dans le cadre du mandat de prestations. Pour les hôpitaux extracantonaux, le canton peut s'informer auprès du canton d'implantation afin de savoir si les exigences spécifiques ont également été examinées et sont remplies. Les dispositions y relatives devraient être fixées de manière adéquate au niveau des conventions de prestations.

b) Les cantons choisissent et déterminent le degré du caractère obligatoire. La participation requise aux mesures de l'Association garantit une large base pour la comparabilité au niveau suisse d'au moins quelques indicateurs. Même si celles-ci ne permettent pas de rendre compte suffisamment de la qualité de la fourniture de prestations dans toute sa complexité, les efforts de coordination constituent une condition nécessaire pour établir les fondations d'une mesure de la qualité comparable au niveau suisse.

c) Les assureurs sont également actifs dans cette association, ce qui fait que les efforts peuvent y être coordonnés. La condition est l'adhésion du canton à l'association, dans la mesure où elle n'a pas encore eu lieu. Rappelons que la CDS a recommandé aux cantons l'adhésion à l'AIQ, qui a fusionné le 25 mars 2009 avec le CIQ pour devenir l'"Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques". Le droit à la publication de données devrait être défini par cette association.

2.6 Accessibilité (recommandation révisée)

Recommandation 6:	**a)** Le canton peut définir les exigences d'accessibilité devant être remplies. **b)** Dans l'évaluation et le choix de l'offre devant être assurée conformément aux besoins, un canton peut définir l'accessibilité dans un délai utile à un prestataire pour le traitement en question (art. 58b al. 4 let. b OAMal) en tant que critère essentiel pour l'évaluation globale.

Motivation	a) Pour un habitat décentralisé, la garantie de l'accessibilité à un hôpital de médecine de premier recours dans un délai utile est importante. b) Pour des raisons d'accessibilité, le canton peut préférer une offre géographiquement proche à une autre plus éloignée, même si cette dernière est plus avantageuse par rapport à d'autres critères.

2.7 Nombre minimum de cas (recommandation pas encore révisée)

Recommandation 7:	**a)** Le canton peut fixer en tant que base pour la répartition de certaines prestations un nombre minimum de cas au sens de l'art. 58b al. 5 let. c OAMal. Il est recommandé d'examiner si une base légale cantonale est nécessaire à cette fin. Ce nombre repose en règle générale sur des expériences, des valeurs normatives ou des réflexions scientifiques.

	b) L'évaluation de l'offre d'un prestataire s'appuie en règle générale sur la quantité de prestations qu'il a fournies jusqu'ici en tant que base pour le nombre attendu de cas qu'il traitera vraisemblablement les années suivantes. **c)** Le nombre minimum de cas sert à assurer la qualité, la concentration de l'offre ainsi que l'économicité. **d)** L'utilisation éventuelle de nombres minimums de cas dans le cadre de la médecine hautement spécialisée se conforme aux décisions correspondantes des organes de décision compétents.

Motivation:	a) La disposition dans l'art. 58b al. 5 let. c OAMal renferme à côté du nombre minimum de cas également l'exploitation des synergies et la concentration des tâches. Cette disposition est formulée en regard de la qualité et du caractère économique, qui doivent être pris en compte dans la planification hospitalière. Il ne faut donc procéder à la définition d'un nombre minimum de cas que dans la mesure où elle est pertinente dans le contexte de la qualité et du caractère économique. Elle ne s'applique par conséquent pas impérativement à toutes les prestations, mais aux prestations et groupes de prestations que le canton doit désigner. Une agrégation de prestations en groupes de prestations est laissée à l'appréciation des cantons dans la mesure où le regroupement est également judicieux du point de vue médical pour l'assurance qualité. Lors de la définition d'un nombre minimum de cas, le canton s'appuie en règle générale sur des valeurs empiriques, des valeurs normatives ou des réflexions scientifiques, dans la mesure où ces dernières sont applicables à la Suisse. b) Les cas traités servent d'indicateurs pour l'expertise en cours dans un hôpital. Le nombre minimum de cas est en règle générale basé sur les prestations fournies. Il ne constitue par contre aucune obligation quant au nombre de cas à traiter. Un nombre de cas plus bas n'est donc pas un motif de sanction mais peut le cas échéant nécessiter une nouvelle évaluation. c) Le caractère économique d'un hôpital n'est pas évalué à partir des groupes de prestations particuliers mais dans le contexte de la fourniture globale de prestations hospitalières. Le nombre minimum de cas peut cependant contribuer au caractère économique en permettant aux prestataires de fournir les prestations de manière globalement rentable du fait de la concentration de l'offre. d) Dans le contexte de la coordination de la concentration de la médecine hautement spécialisée (MHS) effectuée dans le cadre de la CDS, le nombre de cas constituera un critère pour la réglementation de l'allocation des ressources. La recommandation 4 ne concerne donc pas les décisions dans le domaine

2.8 Gestion des quantités (recommandation révisée)

Recommandation 8:	**a)** Avec la gestion des quantités, les traitements hospitaliers non indiqués médicalement (p.ex. augmentation du volume des prestations, traitements hospitaliers au lieu de traitements ambulatoires) qui sont effectués en vue d'accroître le rendement peuvent être limités. **b)** Une gestion des quantités directe se réfère au nombre de cas ou à la lourdeur des cas. Le canton peut limiter dans le cadre du mandat de prestations le nombre de cas pour des catégories de prestations déterminées. Une gestion des quantités indirecte peut limiter les capacités et l'équipement (v. recommandation 13). **c)** Si le nombre maximal de cas à traiter est fixé dans le mandat de prestations, celui-ci devrait comporter également les conséquences d'un dépassement de la quantité de prestations. Il est recommandé d'examiner si une base légale cantonale est nécessaire à cette fin. **d)** Le mandat de prestations peut éventuellement préciser quelles prestations doivent, en règle générale, ne pas être fournies dans le domaine stationnaire.

Motivation	a) Les instruments de gestion des quantités peuvent impliquer une (trop forte) réduction de l'offre, un rationnement des soins et une restriction de la concurrence. C'est pourquoi il faut y recourir avec modération. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une gestion des quantités liée aux capacités via la prescription de capacités en lits est admissible dans la planification liée aux prestations, mais ne l'est pas selon la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral. En fin de compte, toute gestion des quantités mène directement ou indirectement à des directives sur les capacités en lits. Le dépassement d'une unité de quantité limitée ne signifie pas automatiquement que l'augmentation du volume est injustifiée (la qualité de l'hôpital, les flux de patients dans le cadre du libre choix ou l'évolution épidémiologique peuvent expliquer le dépassement). Une gestion (trop rigide) des quantités peut donc figer les structures et entraver la concurrence. Si l'on recourt à la gestion des quantités, ces facteurs non souhaités ou non influençables devraient également être intégrés dans la réflexion. Il faudrait également intégrer dans la réflexion les reports possibles entre les domaines ambulatoire et hospitalier ainsi que les incitations, provenant des forfaits liés aux prestations, à une sortie plus rapide des patients de l'hôpital, avec des répercussions sur les réhospitalisations et les nombres de cas. Il convient par ailleurs de distinguer la gestion des quantités du nombre minimum de cas, ce dernier servant à la concentration des prestations et à l'assurance qualité (v. Recommandation 7). b) Le nombre de cas peut être formulé en tant que valeur maximale ou marge de fluctuation, avec obligation d'annonce en cas de modifications. La limitation des quantités ne doit pas impérativement concerner toutes les catégories de prestations.

Le canton peut inclure par prestataire un supplément aux besoins attendus, p. ex. 5%. Un certain degré de concurrence entre les prestataires est ainsi possible malgré la gestion des quantités, comme les arrêts rendus l'ont exigé. Un supplément peut également être motivé par le possible accroissement des besoins et le respect de l'obligation d'admission.

c) Dans la gestion directe des quantités, les conséquences en cas de dépassement de la quantité de prestations fixée sont définies dans le mandat de prestations. L'art. 39 al. 1 let. LAMal stipule qu'une condition de l'admission d'un hôpital est qu'il figure sur la liste hospitalière du canton, c.-à-d. qu'il dispose d'un mandat de prestations. Si le mandat de prestations prévoit une limitation des quantités et que celle-ci est dépassée, l'admission à facturer à la charge de l'AOS n'existe plus.
Si le canton cofinance les cas traités au-delà de la quantité de prestations fixée, une retenue sur la part cantonale aux forfaits par cas entre le cas échéant en ligne de compte (tarif dégressif). Celui-ci peut être réduit de la contribution de couverture des coûts fixes par cas. Vu que la retenue a un rapport avec l'indemnisation et n'est pas prévue dans la LAMal, l'examen de la création d'une base légale cantonale est recommandé.

d) Il est en principe judicieux qu'un maximum de traitements s'effectuent en ambulatoire (selon le principe ambulatoire avant stationnaire). En fonction de l'indemnisation, les incitations financières peuvent cependant pousser à un transfert vers une prise en charge hospitalière. Les cantons ne doivent donc pas ignorer que, si des prestations sont inutilement fournies en résidentiel plutôt qu'en ambulatoire, la CDS peut demander à la Commission fédérale des prestations générales et des principes d'édicter des lignes directrices. Si les cantons prennent indépendamment de cela d'autres dispositions, l'examen de leur ancrage dans le droit cantonal est recommandé.

2.9 Obligation d'admission (recommandation pas encore révisée)

Recommandation 9:	**a)** Les cantons peuvent ponctuellement prévoir dans le mandat de prestations des exceptions à l'obligation générale d'admission au sens de l'art. 41a LAMal. **b)** L'observation de l'obligation d'admission est évaluée a posteriori au moyen de la structure des patients. De manière générale, la condition d'obligation d'admission peut être considérée comme remplie si les prestations au sens du mandat de prestations sont financées pour au moins 50% des patients exclusivement par l'assurance obligatoire des soins. **c)** Sont considérés comme exclusivement assurés en division commune les patients pour lesquels les prestations hospitalières, en cas de protection tarifaire complète, sont facturées uniquement à charge de l'assurance obligatoire des soins, c.-à-d. sans paiement supplémentaire pour un standard d'hôtellerie plus élevé et/ou une liberté de choix élargie en matière de médecin ou de rendez-vous de faveur. **d)** Demeurent réservées les annonces d'incidents qui laissent supposer un manquement à l'obligation d'admission.

	e) Le canton définit dans le mandat de prestations les sanctions en cas de non observation de l'obligation d'admission. **f)** Il est recommandé d'examiner l'inscription de cette réglementation dans une base légale cantonale.

Motivation:	a) La population a le droit de pouvoir se faire traiter dans un hôpital également sans disposer d'une assurance complémentaire[5]. Pour satisfaire à ce droit, les hôpitaux avec un mandat public de prestations sont d'une manière générale soumis à l'obligation d'admission au sens de l'art. 41a LAMal. Des exceptions ponctuelles peuvent toutefois être formulées à juste titre si le prestataire est délié de l'obligation d'admission en urgence ou parce que l'obligation d'admission, service d'urgence inclus, est suffisamment satisfaite par d'autres prestataires dans les environs proches. L'obligation d'admission se distingue à cet égard de l'aide d'urgence, à laquelle sont, de toute façon, tenus tous les prestataires, c.-à-d. également les hôpitaux conventionnés. b) En raison du commentaire cité dans la note de bas de page 5, la distinction par statut d'assuré est recevable. La valeur de 50% est délibérément basse. Elle comporte une grande marge de sécurité. c) La valeur n'est pas contrôlée lors de l'attribution du mandat de prestations. La possibilité peut ainsi être accordée à un hôpital de remplir à l'avenir la condition de l'obligation d'admission dans le cadre d'un mandat public de prestations. L'observation de cette condition est p. ex. vérifiée après une année au moyen de la valeur empirique de 50% des patients assurés en division commune. Les prestations fournies conformément au mandat de prestations cantonal servent de base à ce calcul. Des prestations supplémentaires (upgrades) couvertes par paiement privé de classe de séjour ou de confort hôtelier sont considérées comme faisant partie d'une assurance complémentaire correspondante. d) Puisque le seuil empirique de 50% d'assurés financés selon le seul standard de la division commune peut être facilement atteint, le canton devrait prévoir également des possibilités d'intervention et des sanctions si des annonces ou des indications devaient montrer la non observation de l'obligation d'admission. e) Les sanctions peuvent, par exemple, comprendre des restitutions proportionnelles des indemnités au canton (et le cas échéant également à l'AOS) et/ou le retrait du mandat de prestations (radiation de la liste des hôpitaux).

[5] Dans le commentaire sur l'OAMal p. 8, il est précisé, dans le contexte de la distinction entre hôpital conventionné et hôpital listé: "Toute personne assurée qui ne souhaite pas, ou ne peut pas, assumer de coûts supplémentaires pour un traitement doit avoir la possibilité, pour l'éventail complet de prestations, de bénéficier d'un traitement soit dans un hôpital figurant sur la liste du canton de domicile, soit dans un autre établissement ; …"

2.10 Admission en urgence (recommandation pas encore révisée)

Recommandation 10:	**a)** La mise à disposition d'un service d'admission d'urgence et les exigences qui y sont liées peuvent être formulées en tant qu'obligation. **b)** Les soins en urgence ne constituent pas une prestation d'intérêt général au sens de l'art. 49 al. 3 LAMal. **c)** Le canton peut formuler en relation avec les soins en urgence d'autres obligations, en particulier concernant les disponibilités d'accueil et les dispositions de protection en cas de catastrophe.

Motivation:	a) La mise à disposition d'un service d'urgence doit impérativement être liée à l'obligation d'admission, mais pas inversement. D'autres exigences peuvent concerner la dotation en personnel minimale ou le service 24 heures sur 24. b) Le prestataire ne peut pas faire valoir, vis-à-vis du canton pour l'admission d'urgence, des droits à une rémunération supplémentaire au titre de l'art. 49 Al. 3 LAMal. Les coûts de l'admission d'urgence sont, en règle générale, couverts par la fourniture de prestations. c) Pour garantir les soins en urgence et l'obligation d'admission qui y est liée, il est indiqué de fixer dans le mandat de prestations, en tant qu'obligation, les prestations de réserve nécessaires à la permanence ou à la mise à disposition de capacités d'accueil.

2.11 Coordination intercantonale de la planification hospitalière et des flux de patients (nouvelle recommandation)

Recommandation 11:	**a)** Les flux de patients (flux sortant et entrant) et leurs besoins pronostiqués correspondants sont analysé par domaines de prestations voire par groupes de prestations dans les cas où c'est approprié. **b)** Dans le cadre d'une nouvelle planification hospitalière, le canton planifiant invite à prendre position les cantons : a) voisins, b) sièges des hôpitaux extracantonaux figurant sur la liste hospitalière du canton planifiant et/ou c) desquels des flux importants[6] de patients parviennent dans les hôpitaux situés dans le canton planifiant. Si d'éventuelles demandes présentées dans le cadre d'une telle prise de position ne sont pas prises en compte, le canton planifiant doit le justifier par écrit. **c)** Les cantons sont invités à prendre position sur l'actualisation d'une autre liste cantonale s'ils sont directement concernés par les modifications prévues. **d)** Les cantons qui intègrent des hôpitaux extracantonaux sur leur liste des hôpitaux sont tenus de coordonner l'attribution de ces mandats de prestations avec les cantons d'implantation de ces hôpitaux.

6 Il est possible de recourir aux valeurs selon recommandation 2, lettre d lors de l'évaluation de l'importance.

Motivation:	a) Une classification uniforme pour la représentation des flux de patients (flux entrant et sortant) et de l'évaluation des besoins constitue la base d'une coordination entre les cantons. La comparabilité des analyses menées par les cantons est ainsi soutenue. Il convient d'analyser tant les flux de patients entrant dans le canton qu'également les flux sortant du canton. b) La concertation intercantonale doit ainsi être garantie, en particulier sur les hypothèses posées et les modifications probables concernant les flux intercantonaux de patients auxquels s'attendre. Si une demande n'est pas prise en compte, la motivation écrite correspondante ne doit pas nécessairement être adressée directement au canton en question, mais peut figurer dans les documents de planification consultables publiquement. c) Lorsqu'une liste hospitalière est actualisée, seuls les cantons directement concernés par les modifications prévues doivent être invités à prendre position. Un canton est directement concerné si le mandat d'un prestataire qui est nécessaire pour répondre aux besoins de ce canton fait l'objet d'une modification ou si le mandat d'un prestataire situé dans son canton fait l'objet d'une modification. d) La recommandation permet au canton d'implantation de l'hôpital la vue d'ensemble sur les mandats de prestations que d'autres cantons attribuent aux hôpitaux de son territoire. Grâce à la communication des autres cantons et à l'évaluation des flux de patients, le canton d'implantation obtient une vue d'ensemble des capacités explicitement assurées par les hôpitaux situés sur son territoire et des engagements contractés par ceux-ci (y c. obligation d'admission d'après l'art. 41 LAMal). Cet échange d'information permet la coordination intercantonale de la planification d'après l'art. 58d OAMal.

2.12 Livraison des données (recommandation pas encore révisée)

Recommandation 12:	**a)** Dans le cadre du mandat de prestations, le canton doit astreindre explicitement les prestataires à livrer en temps voulu les données complètes et exactes de la statistique médicale et de la statistique administrative des hôpitaux, respectivement de la statistique des institutions de médecine sociale de l'OFS. **b)** D'éventuelles autres obligations en matière de livraison des données au canton sont formulées en tant que condition à remplir dans le mandat de prestations. Ces données peuvent inclure également des données sur la qualité et d'autres indications sur des domaines en dehors du mandat de prestations. Il est recommandé d'examiner la création d'une base légale cantonale sur le traitement et la publication des données.

Motivation:	a) Bien que la participation aux statistiques fédérales soit obligatoire, le recueil des données n'est pas exhaustif. En règle générale, il manque en particulier les données de la statistique des coûts et des prestations des hôpitaux privés. C'est pourquoi la participation complète doit être garantie dans le cadre

d'éventuels mandats de prestations. La transmission des données de l'OFS aux cantons est par contre suffisamment garantie sur la base des art. 22a et 23 LAMal.

b) Si les cantons veulent recueillir d'autres données, ils doivent le stipuler dans les mandats de prestations. Les cantons devraient à cet égard examiner si la création d'une base légale cantonale est indiquée pour recevoir ces données et pouvoir les traiter et les publier.

2.13 Engagement d'investissements (recommandation pas encore révisée)

Recommandation 13:	**a)** Le mandat de prestations peut comporter des exigences relatives à l'observation d'une planification cantonale en matière de bâtiments et d'appareils pour l'ensemble de la prise en charge hospitalière ainsi qu'une procédure d'autorisation pour engager des investissements. Il faudrait à cet égard établir une distinction entre investissements de renouvellement et acquisitions courantes jusqu'à une certaine valeur, que les hôpitaux peuvent effectuer de leur propre compétence, d'une part, et entre investissements d'extension structurels et acquisitions de grands appareils, dont l'utilisation peut être d'intérêt public, d'autre part. Il est recommandé d'examiner la création d'une base légale cantonale pour appuyer juridiquement les décisions y relatives. **b)** Les investissements soumis à autorisation mais non octroyés ne sont pas considérés comme des investissements nécessaires pour remplir le mandat de prestations aux termes de l'art. 8 al. 1 OCP et ne sont pas imputés dans le calcul des coûts. En cas de défaut d'autorisation, le canton peut prévoir des sanctions allant jusqu'à la radiation de la liste des hôpitaux. **c)** Pour les prestataires dépendant d'un organisme responsable public, les compétences décisionnelles peuvent être définies de préférence dans une stratégie du propriétaire au niveau de la conduite stratégique et de la direction opérationnelle. Les investissements en cours, qui sont de l'appréciation de la direction opérationnelle, sont formulés sous la forme d'un montant maximal par acquisition.

Motivation:	a) La question de savoir par quelles procédures de décision les investissements peuvent être engagés n'est certes pas une question de planification hospitalière. Mais elle est importante au vu des conséquences financières et devrait être réglée par le canton. Une obligation de requérir une autorisation pour des investissements structurels et de grands appareils (y c. exploitation) pourrait nécessiter une réglementation juridique cantonale. b) Conformément à l'art. 8 al. 1 OCP, seules les charges d'investissement ou les charges pour l'utilisation des immobilisations qui sont nécessaires pour remplir le mandat de prestations sont imputées. Cette nécessité se définit selon le mandat de prestations (art. 39 al. 1 let. e LAMal) ou selon l'éventail des prestations (art. 58e al. 2 OAMal). Il faudrait examiner si les possibilités de sanctions par le canton devraient également être inscrites dans la législation cantonale.

c) L'objet de la définition d'une éventuelle stratégie du propriétaire[7] pourrait également être la décision de savoir si les bâtiments et leur entretien sont transférés à l'hôpital à pertes et profits.

2.14 Contributions aux frais d'investissements (recommandation pas encore révisée)

Recommandation 14:	**a)** L'hôpital peut être forcé d'inscrire les contributions – perçues comme indemnisation des charges pour l'utilisation des immobilisations pour les prestations hospitalières – séparément dans le compte des recettes et dans le bilan et de rendre compte de l'exploitation des contributions perçues et des recettes en résultant. **b)** Le canton peut définir en tant qu'obligation dans le mandat de prestations l'affectation de ces recettes à l'entretien et aux investissements de renouvellement ou de remplacement. Une base légale cantonale serait à cet effet préférable.

Motivation:	a) Les forfaits liés aux prestations pour le traitement hospitalier englobent désormais également les charges pour l'utilisation des immobilisations. Elles sont financées par des contributions de l'AOS et des cantons. L'inscription parallèle est une condition nécessaire pour l'affectation recommandée subséquemment. Les recettes correspondantes doivent être déterminées de manière calculatoire, car les forfaits liés aux prestations ne permettront vraisemblablement pas de distinction par frais d'exploitation, d'une part, et charges pour l'utilisation des immobilisations d'autre part. Les charges pour l'utilisation des immobilisations provenant des opérations de location ne font pas partie du calcul, pour autant que le propriétaire soit responsable de l'entretien[8]. b) La prescription de l'affectation prévient un besoin d'assainissement financier à la charge de l'organisme responsable. L'affectation est de même indiquée pour les hôpitaux privés, car le besoin d'assainissement d'un hôpital privé peut également avoir des répercussions financières pour la collectivité si la prise en charge ne peut être suffisamment garantie sans investissements correspondants. L'OCP permet une indemnisation pour des investissements effectués et pas pour des investissements futurs. L'affectation concerne donc l'entretien et le remplacement, mais pas les extensions.

[7] Dans le cas d'une société anonyme, la compétence décisionnelle pour des investissements revient au Conseil d'administration. Si le canton veut, en tant que propriétaire (dans le cadre de la stratégie du propriétaire) ou en tant qu'organisme responsable public, disposer d'un droit de codécision, il faut le stipuler dans les statuts de la SA.

[8] Les opérations de location englobent également l'amortissement et permet donc au propriétaire de financer l'entretien à partir des revenus locatifs. Elle doit en conséquence être traitée dans ce contexte comme des frais d'exploitation. La vente à tempérament doit toutefois être assimilée aux frais d'investissement, car les frais d'entretien et de renouvellement échoient à l'hôpital.

2.15 Conditions de travail (recommandation pas encore révisée)

Recommandation 15:	**a)** Les prestataires peuvent être invités à exposer de manière transparente leurs dispositions règlementaires en matière de personnel et de rémunération. Les conditions de travail peuvent être partie intégrante de l'évaluation dans le cadre de l'octroi de mandats de prestations et des comparaisons du caractère économique du prestataire. **b)** Le canton peut déclarer applicables dans le mandat de prestations les règlements publics correspondants sur le personnel et la rémunération ou le respect des conventions collectives de travail.

Motivation:	a) Il faut éviter tant une sur-rémunération qu'une sous-rémunération. Il est par ailleurs important que, lors des comparaisons du caractère économique, des frais de personnel plus bas que dans le secteur public ne constituent pas un avantage concurrentiel. Les établissements dépendant d'un organisme responsable public sont évent. déjà liés par des bases légales cantonales de politique du personnel et de rémunération. b) Une politique salariale appropriée est primordiale pour garantir la couverture des besoins en personnel. A court et moyen terme, on prévient ainsi un exode du personnel de santé vers d'autres professions. A long terme, l'attractivité des professions de santé et de l'emploi en Suisse pour les futurs professionnels et le personnel de santé en provenance de l'étranger est préservée. La préservation de la paix du travail est en outre également d'intérêt public et sanitaire.

2.16 Prestations de formation (recommandation pas encore révisée)

Recommandation 16:	**a)** Le canton règle le financement pour la recherche et l'enseignement universitaire d'après l'art. 49 al. 3 let. b LAMal. **b)** Toutes les autres prestations de formation et de formation postgrade d'un fournisseur de prestations sont formulées en tant qu'obligations dans le mandat de prestations. Les hôpitaux inscrivent ces coûts séparément.

Motivation:	a) Les cantons financent entièrement ces prestations. Elles ne sont pas intégrées aux forfaits liés aux prestations. Le canton règle donc le financement séparément[9] b) Ces prestations ne constituent pas une prestation d'intérêt public au sens défini par l'art. 49 al. 3 LAMal. Leurs coûts sont par conséquent en principe imputables et doivent être financés selon les règles de l'art. 49a LAMal. Pour cette raison, il faut formuler ces prestations en tant qu'obligations. Une base légale cantonale peut être un avantage[10].

[9] Sur mandat de la CUS, l'OFS effectue actuellement une étude sur l'évaluation des coûts de la recherche et de l'enseignement universitaire. Cette étude devrait pouvoir être mise à contribution en tant que base.

[10] La définition de l'enseignement universitaire doit encore être discutée. Conformément à l'OCP révisée, il englobe par dérogation au texte de la loi également la formation médicale postgrade. La CDS est intervenue auprès de l'OFSP. Les discussions sont encore en cours.