



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

92.44

27.4.2009/AY/PB

Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière

**d'après la
révision de la LAMal sur le financement hospitalier du 21.12.2007**

**Remplacent les recommandations sur le domaine des soins hospitaliers somatiques
aigus du document**

**"Recommandations révisées concernant la planification hospitalière, la planification
des établissements médico-sociaux, la liste hospitalière et la liste des établissements
médico-sociaux selon l'article 39 LAMal" du 3.5.2002**

adoptées par le Comité directeur de la CDS le 14.5.2009

Contenu

1	Contexte	2
2	Recommandations de la CDS dans le cadre de la révision de la LAMal sur le financement hospitalier	3
2.1	Planification hospitalière liée aux prestations	3
2.2	Eventail des prestations	4
2.3	Nombre minimum de cas	6
2.4	Gestion des quantités	7
2.5	Obligation d'admission	9
2.6	Admission en urgence	10
2.7	Caractère économique	11
2.8	Qualité	12
2.9	Livraison des données	13
2.10	Engagement d'investissements	14
2.11	Contributions aux frais d'investissements	15
2.12	Conditions de travail	16
2.13	Prestations de formation	17
2.14	Accessibilité et flux intercantonaux de patients	17



1 Contexte

La révision de la LAMal sur le financement hospitalier du 21.12.2007 (LAMal-r) et les dispositions d'ordonnances y relatives (OAMal-r et OCP-r) ont entre autres des répercussions sur la planification hospitalière des cantons.

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

Les présentes recommandations sont complétées par les documents de travail suivants¹:

- Guide pour la planification hospitalière du xx.xx.2009: Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations de la CDS de juillet 2005, avec adaptations aux nouvelles bases légales sur la planification des besoins et aux présentes recommandations en tant qu'exemple d'approche possible².
- Classification des prestations selon le système DRG et d'après la prise en charge de base et la prise en charge spécialisée, en tant que base pour la formulation de mandats de prestations. A cet égard, une classification selon SwissDRG, dans une phase de transition évent. encore selon AP-DRG, devrait s'opérer.
- Modèle de comparaison de l'économicité du xx.xx.2009

Les présentes recommandations remplacent les "Recommandations révisées concernant la planification hospitalière, la planification des établissements médico-sociaux, la liste hospitalière et la liste des établissements médico-sociaux selon l'article 39 LAMal" du 03.05.2002 dans la mesure où celles-ci concernent le domaine hospitalier somatique aigu.

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.

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 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 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.

¹ Au moment de l'adoption des présentes recommandations par le Comité directeur de la CDS, ces documents ne sont pas encore disponibles. Ils seront soumis pour approbation au Comité directeur à une date ultérieure et mis ensuite à la disposition des départements cantonaux de la santé.

² Dans le cadre de ce modèle, il convient également de prendre en compte le document de travail 32 de l'Obsan "Modèle de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière", auquel nous renvoyons d'ores et déjà.



2 Recommandations de la CDS dans le cadre de la révision de la LAMal sur le financement hospitalier

2.1 Planification hospitalière liée aux prestations

Recommandation 1

a) 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).

b) 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.

c) La planification hospitalière (aux fins d'une 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.

d) L'Etat est souverain en matière d'attribution de mandats de prestations.

Motivation:

a) 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 liées aux prestations, mais pas pour le domaine de la réadaptation.

b) 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.

c) 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 individuellement³.

Il faut en outre également relever que la procédure de recours d'après l'art. 53 LAMal-r 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-r 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.

d) 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 c).

³ D'après les décisions prises jusqu'à présent par le Conseil fédéral, la planification hospitalière seule n'était pas susceptible de recours. On peut présumer qu'il en demeurera ainsi.



- Recommandation 2**
- a)** L'éventail des prestations dans le domaine des soins aigus hospitaliers doit être classifié, en règle générale, sur la base d'une structure tarifaire unique au niveau suisse (SwissDRG), mais également, le cas échéant, de manière plus détaillée, p. ex. selon ICD ou CHOP. Tant que des données fiables groupées avec SwissDRG ne sont pas disponibles, on peut recourir à une classification selon AP-DRG (v. document de travail "Classification des prestations selon DRG"). Si une planification liée aux prestations est appliquée au domaine de la psychiatrie et de la réadaptation, la classification reposera en règle générale sur les structures tarifaires cantonales disponibles tant qu'il n'existe pas de structure tarifaire uniforme pour toute la Suisse.
 - b)** Plusieurs positions ou ensembles de cas peuvent être regroupés. La référence au système DRG dans les cas somatiques aigus doit, en règle générale, être préservée.
 - c)** L'attribution de mandats de prestations est en règle générale basée sur les classifications DRG. A côté d'une liste positive, le mandat de prestations peut contenir en plus un catalogue négatif des prestations exclues.
 - d)** Dans le domaine somatique aigu, les prestations sont – en plus de leur classification sur la base des positions DRG – en règle générale classées par niveau de prise en charge (prise en charge de base et prise en charge (hautement) spécialisée).
 - e)** 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. Il peut également exclure une transmission partielle ou complète du mandat de prestations à des tiers (sous-traitance), la subordonner à une obligation de requérir une autorisation ou à un devoir d'information.
 - f)** La définition de la classification et l'attribution de mandats de prestations selon cette classification peuvent de plus être inscrites dans une base légale séparée (c'est-à-dire distincte de la liste des hôpitaux).
 - g)** L'inscription d'un hôpital sur la liste cantonale des hôpitaux se fait dans le cadre et en fonction des mandats de prestations attribués.
 - h)** Un besoin marginal ou une offre de prestations marginale ne doivent pas être pris en considération pour la liste des hôpitaux si la prise en charge est néanmoins garantie.

Motivation:

a) La classification selon le système DRG permet une définition et une affectation claires et justiciables des éventails de prestations. Tant qu'une classification selon DRG avec affectation des groupes de cas à un niveau de prise en charge n'a pas encore été effectuée, on peut recourir au système AP-DRG. Dans certains cas, le besoin de définir l'éventail de prestations plus précisément peut s'avérer nécessaire, p. ex. à partir des systèmes ICD ou CHOP. Dans ces cas particuliers, un groupement des prestations plus fin que celui par groupes de cas DRG est indiqué. Dans le domaine non somatique aigu, il n'existe pas encore de structure tarifaire unique au niveau suisse. Une planification liée aux prestations doit donc recourir aux structures existantes pour la classification des prestations. Toutefois, la planification au sens de l'art. 58c let. b OAMal peut également être liée aux capacités.



b) Plusieurs positions DRG peuvent être regroupées en groupes de prestations. Le regroupement de plusieurs positions ou ensembles de cas permet une réduction, éventuellement nécessaire pour alléger la charge administrative et le degré de spécification de la planification hospitalière. Le maintien de la référence à SwissDRG préserve la définition et la justifiabilité.

c) Les mandats de prestations à attribuer découlent de la planification des besoins. La liste des hôpitaux constitue un inventaire des mandats de prestations cantonaux attribués (liste positive). Si certaines prestations sont explicitement exclues en vue de prévenir des contestations sur les prestations admises, cette exclusion peut être formulée dans un catalogue négatif.

d) L'affectation de chaque position à un niveau de prise en charge déterminé garantit une planification adaptée aux niveaux.

Si des groupes de cas sont attribués directement à l'hôpital concerné, une affectation aux niveaux de prise en charge DRG n'est pas absolument nécessaire.

e) 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. Le canton peut donc exclure une transmission partielle ou complète du mandat de prestations à des tiers, la subordonner à l'obligation de requérir une autorisation ou le cas échéant prévoir uniquement un devoir d'information.

f) Vu que le législateur fédéral et l'auteur de l'ordonnance n'ont pas donné de directives sur la manière dont les groupes de prestations doivent être conçus, le canton exécute par la classification le droit fédéral en le concrétisant et ne l'applique pas simplement. Cela peut se faire directement dans la liste des hôpitaux ou également être soutenu de manière complémentaire dans des actes législatifs séparés.

g) 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-r se rapportent donc uniquement à l'éventail de prestations pour lequel l'hôpital a reçu un mandat de prestations.

h) Le libre choix de l'hôpital au sens de l'art. 41 LAMal-r conduira à un renforcement de la fragmentation de la demande. Il apparaît d'autant plus clairement que le canton ne doit assurer, avec des mandats de prestations, que les offres de prestations de base qu'il juge nécessaire. Le nombre minimum de cas constitue donc également un seuil à partir duquel une offre est considérée comme pertinente pour la planification hospitalière et est intégrée dans le processus de planification et d'attribution des prestations. Cette procédure est admissible pour autant que ce besoin puisse être couvert par d'autres offres recensées dans la planification.



2.3 Nombre minimum de cas

Recommandation 3 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 minimum 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 3 ne concerne donc pas les décisions dans le domaine de la MHS; les organes de décision en ce domaine sont compétents.



2.4 Gestion des quantités

Recommandation 4 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. 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 10).

c) Si le nombre de cas est fixé dans le mandat de prestations, celui-ci devrait comporter également les conséquences en cas de dépassement de la quantité de prestations. Il est recommandé d'examiner si une base légale cantonale est nécessaire à cette fin.

d) Si un tarif dégressif est employé, il devrait également être stipulé dans la convention tarifaire conjointement avec les modalités d'application.

e) Le mandat de prestations peut éventuellement préciser quelles prestations doivent, en règle générale, être fournies en ambulatoire.

Motivation

a) 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 liées aux prestations, à une sortie plus rapide des patients de l'hôpital, avec des répercussions sur les réhospitalisations et les nombres de cas.

Tous les instruments de gestion des quantités comportent le danger d'une (trop forte) réduction de l'offre, de rationnement des soins et d'une restriction de la concurrence. C'est pourquoi il faut y recourir avec modération.

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 3).

b) Le nombre de cas peut être formulé en tant que valeur maximale ou marge de fluctuation. La limitation des quantités ne doit pas impérativement concerner toutes les catégories de prestations.

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. Une retenue sur les forfaits par cas entre en premier lieu en ligne de compte (tarif dégressif). Plusieurs niveaux de dégressivité peuvent être choisis. Le tarif doit être réduit de la contribution de couverture des coûts fixes par cas. Ce mécanisme concerne les charges pour l'utilisation des immobilisations et éventuellement une partie des frais de personnel. Une retenue sur les frais de personnel se justifie dans la mesure où il faut prévenir une augmentation du volume par suite d'une sous-utilisation du personnel. Il convient de rappeler à cet égard que les surcapacités peuvent se manifester non seulement dans les frais de personnel mais également dans les coûts du capital.

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) Les tarifs dégressifs concernent l'indemnisation sur la base de 100% de la rémunération par cas, qui est répartie entre l'AOS et la part cantonale. C'est pourquoi la réglementation doit également être établie dans les conventions tarifaires.

e) Il est en principe judicieux qu'un maximum de traitements s'effectuent en ambulatoire. 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.



2.5 Obligation d'admission

Recommandation 5

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 complémentaire⁴. 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 3, la distinction par statut d'assuré est recevable. La valeur de 50% est délibérément basse. Elle comporte une grande marge de sécurité. 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.

c) 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

⁴ 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 ; ..."



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).

2.6 Admission en urgence

Recommandation 6 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-r.

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 supplémentaires au titre de l'art. 49 Al. 3 LAMal-r. 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.



2.7 Caractère économique

Recommandation 7 a) Dans le cadre de l'attribution de mandats de prestations, le canton évalue le caractère économique en règle générale en comparaison avec d'autres prestataires. Il peut intégrer également d'autres facteurs économiques.

b) Le canton peut prendre en compte, dans le cadre des comparaisons du caractère économique, les obligations formulées et les charges financières qui y sont liées dans la mesure où celles-ci ne sont indemnisées ni en tant que prestations d'intérêt général ni dans les coûts liés aux cas.

c) La pratique du Conseil fédéral, pour autant que celle-ci soit encore pertinente avec la LAMal révisée, et la pratique (devant encore se développer) du Tribunal administratif fédéral sont prises en considération dans la mesure où elles sont également pertinentes pour l'octroi de mandats de prestations.

d) Il convient d'intégrer comme critère d'évaluation également l'écart des coûts par cas pondéré par la lourdeur des cas par rapport aux autres prestataires.

[EVENTUELLEMENT: e) Le modèle de la CDS pour la comparaison du caractère économique [EN PHASE DE DEVELOPPEMENT] peut être mis à contribution pour une comparaison au niveau suisse, dans la mesure où des données suffisamment significatives sont disponibles en temps voulu et de façon exhaustive.]

Motivation:

a) Le caractère économique peut être apprécié par comparaison avec d'autres prestataires, mais également de manière absolue, p. ex. au moyen de la structure des coûts (salaires, loyers, équipements) d'un hôpital. Dans le cadre de l'attribution de mandats de prestations, le caractère économique n'est apprécié que sommairement; l'appréciation détaillée est effectuée dans le cadre de la fixation des tarifs.

b) Dans l'évaluation du caractère économique, le canton peut prendre en compte – en plus des directives conformes à l'art. 58b al. 4 et 5 OAMal – des charges ou des coûts particuliers non indemnisés séparément (p. ex. coûts des hôpitaux employant des médecins agréés) afin de garantir la comparabilité entre les prestataires.

c) La pratique actuelle du Conseil fédéral n'est pas applicable dans tous les cas à la LAMal révisée. Il faut de plus prendre en considération que la pratique du Conseil fédéral et du Tribunal administratif fédéral a été ou sera développée dans le cadre de *l'évaluation des tarifs*. Contrairement au contexte de la fixation des tarifs, d'autres facteurs sont à prendre en considération simultanément dans le cadre de *l'octroi de mandats de prestations*⁵. Les cantons jouissent ainsi d'une marge de manœuvre relativement grande.

d) Les fournisseurs les plus avantageux ne peuvent pas revendiquer le droit direct à un mandat de prestations cantonal. Le caractère économique n'est pas à lui seul un critère d'évaluation. Comme les autres critères ne sont pas de nature pécuniaire et ne se rapportent donc pas directement au caractère économique, il est laissé à l'appréciation des cantons de procéder à une évaluation globale en pondérant les différents critères.

⁵ Dans la fixation des tarifs, la qualité est certes aussi prise en considération, mais pas évaluée: elle est dans ce cadre présumée, des mesures d'assurance qualité devant être conclues dans les conventions tarifaires conformément à l'art. 77 OAMal.



[e) Ce point est encore ouvert. Un groupe de travail doit développer sur mandat de la commission "Application LAMal" un modèle pour la comparaison du caractère économique. Si cela est possible de manière satisfaisante, une recommandation spécifique est envisageable. La formulation doit être adaptée selon la qualité du modèle est ne peut être adoptée qu'après décision correspondante du Comité directeur de la CDS.]

2.8 Qualité

Recommandation 8

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*. Certaines 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.



2.9 Livraison des données

Recommandation 9 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.

[EVENTUELLEMENT c): Les cantons garantissent dans le mandat de prestations la livraison des données qui sont nécessaires pour le modèle de la CDS de comparaison du caractère économique.]

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-r.

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.

[c) Un besoin de données élargi pourrait apparaître au cours du développement du modèle de la CDS pour la comparaison du caractère économique. Ce point est pertinent uniquement si l'OFS ne peut recueillir les données correspondantes ou ne peut les recueillir en temps voulu.]



2.10 Engagement d'investissements

Recommandation 10 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 propriétaire⁶ pourrait également être la décision de savoir si les bâtiments et leur entretien sont transférés à l'hôpital à pertes et profits.

⁶ 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.



2.11 Contributions aux frais d'investissements

Recommandation11 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 subséquentement. 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'entretien⁷.

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 Les opérations de location englobe 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.



2.12 Conditions de travail

Recommandation 12 a) Les prestataires peuvent être invités à exposer de manière transparente leurs dispositions réglementaires 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.

b) Les établissements dépendant d'un organisme responsable public sont évent. déjà liés par des bases légales cantonales de politique du personnel et de rémunération.

c) Une politique salariale appropriée est primordiale pour garantir la couverture du besoin 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.



2.13 Prestations de formation

Recommandation 13 a) Le canton règle le financement pour la recherche et l'enseignement universitaire d'après l'art. 49 al. 3 let. b LAMal-r.

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 séparément⁸.

b) Ces prestations ne constituent pas une prestation d'intérêt public au sens défini par l'art. 49 al. 3 LAMal-r. Leurs coûts sont par conséquent en principe imputables et doivent être financés selon les règles de l'art. 49a LAMal-r. Pour cette raison, il faut formuler ces prestations en tant qu'obligations. Une base légale cantonale peut être un avantage⁹.

2.14 Accessibilité et flux intercantonaux de patients

Recommandation 14 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.

c) Les cantons qui intègrent des hôpitaux extracantonaux sur leur liste des hôpitaux sont tenus de communiquer les mandats de prestations aux cantons d'implantation respectifs de ces hôpitaux.

Motivation:

a) Pour un habitat géographiquement 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.

c) La recommandation permet au canton d'implantation de l'hôpital de garder 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, des engagements contractés par ceux-ci (y c. obligation d'admission d'après l'art. 41 LAMal-r) et des autres recours aux soins sans mandat de prestations du canton de provenance du patient. Cet échange d'information permet la coordination intercantonale de la planification d'après l'art. 58d OAMal.

⁸ 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.

⁹ 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.