

27 novembre 2025

7-4-2-3

Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière¹

d'après la
révision de la LAMal sur le financement hospitalier du 21.12.2007,
la révision de l'OAMal sur les critères de planification du 23.6.2021
et la jurisprudence du 1.1.2012 au 30.06.2025

Version révisée des recommandations approuvée par l'Assemblée plénière de la CDS
du 27.11.2025

Contenu

A.	Contexte	2
B.	Glossaire	4
C.	Recommandations de la CDS	6
1.	Planification hospitalière liée aux prestations	6
2.	Planification hospitalière conforme aux besoins	9
3.	Éventail des prestations	12
4.	Caractère économique	14
5.	Qualité	16
6.	Accessibilité	18
7.	Nombre minimum de cas	19
8.	Gestion des quantités	20
9.	Obligation d'admission	23
10.	Admission en urgence	24
11.	Coordination intercantonale de la planification hospitalière et des flux de patients	25
12.	Livraison des données	28
13.	Conditions de travail	29
14.	Prestations de formation	30
15.	Controlling, surveillance et sanctions	32
16.	Protection des données et sécurité de l'information	33

¹ Adoptées par le Comité directeur de la CDS le 14 mai 2009 ; révisées par décisions de l'Assemblée plénière de la CDS du 18 mai 2017, 25 mai 2018 et 20 mai 2022.

A. 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. Une deuxième étape de la révision, dont a résulté une version révisée des recommandations adoptée par l'Assemblée plénière de la CDS le 25.5.2018, s'est déroulée en 2017 et 2018. Suite au développement des critères de planification par la Confédération et compte tenu de la jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral et le Tribunal administratif fédéral, les recommandations ont été soumises à une nouvelle révision, qui a été approuvée par l'Assemblée plénière de la CDS le 20.5.2022.

En 2025, la recommandation a été complétée et actualisée afin de parvenir à une coordination plus contraignante et plus systématique des planifications hospitalières cantonales et en tenant compte de la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral et de modifications apportées aux bases légales à l'échelon fédéral. La recommandation a été adoptée par l'Assemblée plénière de la CDS le 27.11.2025. La recommandation 2a a été complétée et la recommandation 11a nouvellement ajoutée ; les autres recommandations ont, au besoin, été actualisées, sans toutefois subir de modification fondamentale sur le plan matériel.

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

- Concept de groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) dans les soins aigus²
- Recommandation sur l'utilisation d'un système de groupes de prestations hospitalières dans le cadre de la planification hospitalière cantonale du 25.5.2018³
- Recommandations sur les planifications hospitalières cantonales dans le domaine de la réadaptation du 24 novembre 2022⁴
- Recommandations sur l'examen de l'économicité : détermination des hôpitaux efficaces d'après l'article 49, al. 1, LAMal⁵, version actualisée adoptée par le Comité directeur de la CDS le 27 juin 2019, ainsi que les précisions suivantes, adoptées par le Comité directeur de la CDS, concernant la psychiatrie et la réadaptation⁶ et concernant la location d'immobilisations auprès de personnes liées⁷.

Les présentes recommandations ne concernent pas la planification intercantonale de la médecine hautement spécialisée d'après l'art. 39, al. 2^{bis}, LAMal et la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS)⁸.

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. 2, LAMal.

² Cf. <https://www.gdk-cds.ch/fr/soins-de-sante/hopitaux/planification/groupe-de-prestations-pour-la-planification-hospitaliere-concept-gpph-soins-somatiques-aigus>

³ https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_SPLG-Systematik_20180525_def_f.pdf

⁴ <https://www.gdk-cds.ch/fr/soins-de-sante/readaptation>

⁵ https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM_Wirtschaftlichkeitspruefung_V5.0_20190627_def_f.pdf

⁶ https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM_Wirtschaftlichkeitspruefung_Psy_Reha_V2.0_20190627_def_f.pdf

⁷ https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM_ANK_Miete_von_Nahestehenden_20210624_f.pdf

⁸ https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/01_ivhsm_cimhs_14032008_f_c.pdf

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

Les recommandations sont mises en œuvre dans le cadre des directives fédérales. Il convient d'examiner en fonction du droit cantonal si des dispositions cantonales complémentaires sont nécessaires concernant les modalités concrètes et la réalisation de la planification hospitalière.

B. Glossaire

Des notions essentielles relatives à la planification hospitalière sont définies comme suit dans le cadre des présentes recommandations de la CDS.

Mandat de prestations :

Un mandat de prestations au sens de l'art. 39, al. 1, let. e, LAMal 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 hôpital 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.

Le mandat de prestations au sens de l'art. 39, al. 1, let. e LAMal n'est pas un mandat au sens du CO mais une obligation de prise en charge imposée par le canton ainsi qu'un droit à rémunération correspondante de l'hôpital vis-à-vis de l'assureur et du canton dans la mesure définie, conformément à la LAMal (art. 49a, al. 1 et 2, LAMal).

Liste hospitalière :

Liste publiée par le canton dans laquelle les hôpitaux répertoriés sont énumérés en tant que fournisseurs de prestations selon la législation sur l'assurance-maladie. La liste hospitalière représente la somme des mandats de prestations.

Hôpital répertorié :

Hôpital qui figure sur une liste hospitalière cantonale et a un mandat de prestations cantonal. L'hôpital répertorié a dans la mesure du mandat de prestations une obligation de prise en charge et un droit à rémunération vis-à-vis de l'assureur et du canton conformément à la LAMal (art. 49a, al. 1 et 2, LAMal).

Hôpital conventionné :

Les hôpitaux sans mandat de prestations cantonal, et donc sans place sur la liste hospitalière peuvent, conformément à l'art. 49a, al. 4, LAMal, conclure des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'AOS avec un (ou plusieurs) assureur-s et ainsi obtenir le statut d'hôpital conventionné. Cette rémunération ne peut être plus élevée que la part visée à l'art. 49a, al. 2, LAMal. Les hôpitaux conventionnés n'ont pas droit à une contribution cantonale selon l'art. 49a, al. 1 et 2, LAMal.

Convention de prestations / contrat de prestations :

Contrat entre le canton et un hôpital répertorié qui peut régler plus précisément, conformément aux prescriptions légales et au mandat de prestations, les prestations devant être fournies par l'hôpital (type, quantité), les rapports et données que celui-ci doit transmettre, la rémunération à verser par le mandant ainsi que les conséquences du non-respect des obligations contractuelles.

Qualité des résultats, de l'indication, des structures et des processus :

- Qualité des résultats : se réfère au résultat du traitement.
- Qualité de l'indication : se réfère à l'établissement de l'indication.
- Qualité des structures et des processus : type, volume, qualification du personnel et/ou de l'équipement et également des structures de coopération.

Concept GPPH soins somatiques aigus :

Attribution des prestations médicales aux groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) au moyen du catalogue suisse des interventions chirurgicales (CHOP) et de la classification internationale des maladies (CIM). Les deux systèmes de classification (CHOP et CIM) sont adaptés chaque année. L'attribution des prestations médicales aux groupes de prestations est actualisée chaque année par la direction de la santé du canton de Zurich (DS ZH). Le concept GPPH soins somatiques aigus constitue un système de planification lié aux prestations dans le domaine des soins somatiques aigus, dont la CDS recommande l'utilisation.

Site hospitalier / hôpital :

Un hôpital (y c. une maison de naissance) est une unité d'exploitation et organisationnelle présentant une continuité spatiale qui effectue des examens et des traitements médicaux stationnaires. Les hôpitaux au sens de la disposition d'admission d'après la LAMal peuvent avoir leur propre personnalité juridique ou faire partie d'une unité plus grande comme par exemple un établissement, une société de capitaux ou une unité administrative. Pour qu'une unité d'exploitation puisse être considérée comme un hôpital dans le cadre des présentes recommandations de la CDS, les conditions suivantes au moins doivent être remplies cumulativement :

1. Un hôpital fournit des prestations médicales stationnaires et remplit les conditions relatives à l'exploitation, spatiales et organisationnelles qui sont nécessaires pour le traitement autonome de ses patients.
2. Le personnel travaillant à l'hôpital est soumis à la direction technique et organisationnelle (obligation de se conformer aux instructions) correspondant à l'organisation structurelle et fonctionnelle de l'hôpital.
3. Le traitement des patients est garanti par une continuité spatiale.

En d'autres termes, le rattachement d'un hôpital devrait résulter sans équivoque de la structure organisationnelle (organigramme) de l'organisme qui est responsable de l'hôpital. Les exploitants des hôpitaux ne considèrent peut-être pas leurs hôpitaux comme tels, mais comme des sites hospitaliers, des services, des unités, des cliniques, etc. Ce n'est pas la désignation mais la fonction au sein de l'hôpital qui détermine si un hôpital existe au sens des présentes recommandations. La continuité spatiale dans la prise en charge des patients est un élément essentiel. Si cette continuité spatiale n'est pas assurée, l'établissement doit être considéré comme deux (ou plusieurs) hôpitaux. S'appliquent alors à ceux-ci également les obligations différenciées concernant la fourniture des prestations, l'infrastructure nécessaire ou autres.

C. Recommandations de la CDS

1. Planification hospitalière liée aux prestations

Recommandation 1 :

a) Une **planification hospitalière** comprend l'évaluation de 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 ss OAMal en lien avec l'art. 39, al. 2^{er}, 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) 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. Les données les plus récentes connues au moment des travaux d'élaboration de la planification hospitalière doivent être prises en compte.

e) 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.

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

g) Les mandats de prestations comportent une obligation de prise en charge et un délai de résiliation approprié.

Explication :

a) Le processus d'une planification hospitalière doit suivre les directives de l'OAMal. Un appel d'offres en est partie intégrante (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 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.

En ce qui concerne le droit de recours des organisations d'assureurs selon l'art. 53, al. 1^{bis}, LAMal, il est recommandé d'accorder aux assureurs le droit d'être entendu, par l'intermédiaire de leur(s) association(s), dans le cadre de la consultation ou des consultations liées au processus de planification.

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 mandat de prestations pour un groupe de prestations supplémentaire dans un domaine de prestations existant 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 au cours de la période de planification hospitalière, les critères de besoins, de qualité, d'économicité et d'accès dans un délai utile devraient être évalués uniquement en cas d'admission d'un nouvel hôpital répertorié (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.

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 a) et b) 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 mandats de prestation des hôpitaux ne sont pas concernés) ;
- correction d'erreurs ;
- intégration de modifications formelles (changement de nom, etc.). En raison de la fonction d'information officielle 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) 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.

e) Cela permet une application efficace et en temps voulu. Seule la liste hospitalière est susceptible de recours devant le Tribunal administratif fédéral.

f) 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).

g) Par obligation de prise en charge, on entend obligation d'admission et obligation de traitement de tous les patients et patientes, indépendamment de leur statut d'assurance. Des hôpitaux qui ne *peuvent* plus assumer intégralement ou dans certains groupes, respectivement domaines, de prestations leur mandat de prestations, doivent en informer immédiatement le canton. Des hôpitaux qui ne *veulent* plus assumer intégralement ou dans certains groupes, respectivement domaines, de prestations leur mandat de prestations doivent en informer le canton en respectant le délai de résiliation convenu contractuellement ou réglé par la loi. Cette notification rapide est nécessaire au canton afin qu'il puisse examiner en temps utile s'il doit prendre des mesures pour couvrir les besoins. L'hôpital de son côté a également besoin de ce délai de résiliation pour se préparer au retrait du mandat de prestations.

2. Planification hospitalière conforme aux besoins

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 ainsi que sur les facteurs d'influence pertinents pour la prévision des besoins (cf. à ce sujet art. 58b, al. 1, OAMal).

Les cantons procèdent tous les cinq ans à une analyse des besoins à l'échelon national et tous les dix ans à une prévision des besoins à l'échelon national pour les prestations médicales stationnaires et tiennent compte à cet effet des flux de patients. Les cantons développent leur planification des besoins sur cette base.

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 raisons de politique de la prise en charge visant une couverture sanitaire décentralisée, un hôpital intracantonale peut être considéré comme déterminant pour la couverture des besoins même si la part de cet hôpital dans le groupe de prestations concerné est inférieure à 5 % des traitements stationnaires des habitants du canton. 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 extracantonale 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 10 % (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 être motivée.

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

Explication :

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 prise 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. L'art. 58b, al. 1, OAMal exige que soient notamment aussi pris en considération les facteurs d'influence pertinents pour la prévision

des besoins. Il s'agit de facteurs tels que l'évolution de la démographie, de l'épidémiologie et de la technique médicale, le montant de prise en charge d'une intervention chirurgicale ambulatoire ou stationnaire, la pratique en matière d'affectation ou de garantie de prise en charge.

La CDS mandate tous les cinq ans une analyse des besoins à l'échelon national et tous les dix ans une prévision des besoins à l'échelon national pour les prestations médicales stationnaires. L'analyse et la prévision des besoins à l'échelon national sont à chaque fois mises à la disposition de l'ensemble des cantons. Les cantons sont libres d'établir des analyses et des prévisions cantonales des besoins supplémentaires pour leurs planifications hospitalières. L'analyse et la prévision des besoins à l'échelon national fournissent aux cantons une base statistique uniforme pour leurs planifications hospitalières. Elles sont en outre utilisées dans le cadre des travaux liés à l'élaboration de critères uniformes dans toute la Suisse pour l'attribution de mandats de prestations dans le domaine de la prise en charge spécialisée, conformément à la recommandation 11a.

b)-c) 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 (C-6587/2019, consid. 8.3), 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 s'il se révèle nécessaire afin de couvrir une partie déterminante des besoins au niveau cantonal ou régional.⁹ 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. L'un des objectifs de la planification hospitalière est de réduire les surcapacités ou de prévenir leur apparition.

d) Si un hôpital n'est pas considéré comme nécessaire pour répondre à ses besoins par le canton siège, mais qu'il l'est par 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, à partir 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 être déduit de ces valeurs-seuils.

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

⁹ Lors de l'examen de l'importance pour couvrir les besoins, il peut exceptionnellement être indiqué de grouper les données sur les prestations aussi avec la dernière version du logiciel groupeur (C-2827/2019, consid. 8.7).

sur la liste hospitalière de leur canton et l'offre d'hôpitaux extracantonaux dans la mesure où ceux-ci disposent d'un mandat de prestations de leur canton siège, le recours à des hôpitaux extracantonaux pouvant toutefois entraîner des coûts supplémentaires à leur charge. Les habitants de chaque canton peuvent également se faire traiter dans un hôpital intracantonnel ou extracantonnel qui a conclu avec un assureur-maladie une convention sur la rémunération des prestations de l'AOS (hôpital conventionné). Le traitement dans un hôpital conventionné peut également entraîner des coûts supplémentaires.

Les cantons ne sont pas tenus de garantir sur leurs listes hospitalières toutes les offres auxquelles a recours leur population. La recommandation qu'il est possible de s'écarter également d'une couverture des besoins de 100 % offre 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.

3. Éventail des prestations

Recommandation 3 :

a) Il est recommandé que l'éventail des prestations dans les soins aigus soit classé selon le concept de groupes de prestations pour la planification hospitalière (concept GPPH soins somatiques aigus).

b) L'utilisation du concept GPPH soins somatiques aigus est recommandée y compris les exigences fixées pour chaque GPPH portant sur des prestations spécifiques. Les cantons peuvent s'écarter des exigences portant sur des prestations spécifiques.

c) Il est recommandé d'attribuer les mandats de prestations aux hôpitaux de soins aigus selon les GPPH et d'attribuer pour chaque groupe de prestations au moins un mandat de prestations à un hôpital intracantonnel ou extracantonnel.

d) Le canton peut poser comme obligation ou condition d'attribution du mandat de prestations la garantie de la prise en charge (de base) d'un éventail de prestations déterminé dans une région.

e) L'attribution des mandats de prestations est liée au site. L'inscription d'un hôpital sur la liste cantonale des hôpitaux se fait dans le cadre et en fonction des mandats de prestations attribués. Le transfert de mandats de prestations n'est pas autorisé.

Explication :

a) Une classification des prestations médicales – en vue de la planification hospitalière – n'existe jusqu'ici que pour le domaine des soins aigus. Depuis 2011, la CDS recommande aux départements cantonaux de la santé l'application du concept dit GPPH soins somatiques aigus de la DS Zurich, qui est entretemps utilisé par tous les cantons. Une base importante pour une coordination intercantonale est de la sorte posée.

Dans le domaine de la réadaptation, la CDS recommande depuis 2022 l'utilisation du système de planification type réadaptation de la CDS, dont la classification des prestations médicales est encore en cours d'élaboration. 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 le nombre minimum de cas des différents GPPH doivent être appliqués au plan suisse aussi uniformément que possible. Les cantons peuvent toutefois s'écarter des exigences portant sur des prestations spécifiques.

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. 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 des urgences et qu'il est soumis à l'obligation d'admission.

e) Le législateur prévoit la possibilité d'attribuer des mandats de prestations différenciés par catégories. La liste hospitalière 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.

Dans le contexte de la garantie des soins mais aussi du respect des directives de l'art. 39, al. 1, LAMal, il est indispensable que les mandats de prestations attribués et remplis soient liés au site et que la planification cantonale ne soit pas contournée au moyen de la transmission des mandats à un autre hôpital. L'art. 58f, al. 2, OAMal exige ainsi expressément que, si un établissement a plusieurs sites, le mandat de prestations précise le site. Des coopérations entre hôpitaux sont possibles dans la mesure où l'environnement médical s'y prête. Les cantons peuvent prévoir des obligations

correspondantes dans les mandats de prestations, en particulier dans le cadre des exigences relatives aux différents groupes de prestations. Dans le cas des établissements hospitaliers comportant plusieurs sites, la décision de formuler des directives pour chaque site est laissée au canton.

4. Caractère économique

Recommandation 4 :

a) Dans le cadre de l'attribution de mandats de prestations, le canton prend en compte en vue d'une fourniture efficiente des prestations outre la qualité et l'accès des patients au traitement en temps utile le caractère économique de l'hôpital postulant. Les cantons doivent pour cela procéder à un examen de l'économicité via des comparaisons d'établissements. Une comparaison de l'efficacité, soit donc en règle générale une comparaison des coûts (par cas) ajustés en fonction du degré de sévérité, constitue la base de cet examen de l'économicité.

b) La méthode de détermination des coûts (par cas) ajustés en fonction du degré de sévérité utilisée pour évaluer l'efficacité 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. Les données sur les coûts sont autant que possible extraites de la plateforme d'échange de données de la CDS.

c) Le canton peut en outre également examiner la pérennité économique d'un hôpital dans le cadre de l'examen de l'économicité.

d) Outre la présentation des coûts des établissements, le canton doit également prendre en compte de manière adéquate le potentiel d'optimisation pouvant être atteint par la concentration de domaines de prestations connexes sur un nombre réduit de prestataires.

Explication :

a-b) Une comparaison de l'efficacité peut s'effectuer soit entre un nombre représentatif d'hôpitaux comparables soit entre les hôpitaux candidats au mandat de prestations. 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 entrepris suivant les compléments au chapitre 2.3 des recommandations de la CDS sur l'examen de l'économicité pour les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation. L'examen de l'économicité repose en règle générale sur l'ensemble des coûts relevant de l'AOS de l'hôpital. Les comparaisons des coûts des hôpitaux ajustés selon le degré de gravité qui sont pertinents pour l'AOS peuvent porter non seulement sur l'ensemble des groupes de prestations, mais aussi sur un seul ou plusieurs de ces groupes, pour autant que, dans le cas concret, ces comparaisons soient pertinentes compte tenu des

données disponibles sur les coûts spécifiques aux groupes de prestations. 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. L'utilisation de la plateforme de la CDS d'échange des données sur les coûts garantit que les données sur les coûts issues d'ITAR_K ou d'autres sources sont au niveau suisse traitées selon une méthode uniforme et présentées de manière transparente. Conformément aux recommandations de la CDS sur la détermination des coûts pertinents pour les comparaisons, les coûts relevant de l'AOS ajustés en fonction du degré de sévérité doivent à cet égard être pris en compte dans les comparaisons d'établissements. Pour la constitution d'une base de comparaison, il est également possible de se fonder sur les recommandations de la CDS dans la mesure où des groupes de comparaison sont nécessaires. 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, en tenant compte des aspects divergents comme p. ex. une marge de tolérance dans les comparaisons de l'économicité ou des examens pluriannuels.

Pour les hôpitaux nouveaux candidats, il n'est le cas échéant pas possible de se fonder sur des valeurs empiriques relatives à l'économicité. Dans ce cas, on peut se fonder sur les comptes prévisionnels : le mandat de prestations peut être limité dans le temps jusqu'à la preuve par l'acte que l'économicité effective n'est pas supérieure aux comptes prévisionnels. Par ailleurs, il est également possible de se fonder sur les comptes prévisionnels lors de la modification de mandats de prestations ou lors d'une concentration des prestations; le mandat de prestations peut alors aussi être limité dans le temps jusqu'à la preuve que l'économicité effective n'est pas supérieure aux comptes prévisionnels.

c) Outre l'efficience, la pérennité financière d'un hôpital (p. ex. dotation suffisante en fonds propres, marge EBITDA/EBITDAR, etc.) peut être importante pour l'économicité à long terme et donc prise en compte comme critère.

d) De cette manière, l'accent est mis sur l'économicité inter-établissements de l'ensemble du système de soins (cf. à ce sujet l'art. 58d, al. 4, OAMal). Un regard allant au-delà de l'économicité d'un établissement individuel permet une optimisation conforme aux besoins des structures de prise en charge (C-4232/2014, consid. 5.4.3, 2^e paragraphe).

5. Qualité

Recommandation 5 :

a) Pour évaluer la qualité des établissements, le canton peut demander aux hôpitaux et aux maisons de naissance de fournir une auto-déclaration, par laquelle ils confirment qu'ils satisfont aux exigences de qualité selon l'art. 58d, al. 2, OAMal.

b) Dans le cadre de l'attribution de mandats de prestations, le canton peut formuler des obligations spécifiques aux prestations qui servent à la qualité des structures et des processus, p. ex. les exigences spécifiques en matière d'infrastructure et de dotation en personnel pour la fourniture de prestations déterminées. Il peut faire dépendre l'attribution du mandat du respect de ces exigences. Les exigences et les obligations s'appliquent par site.

c) Dans le cadre de l'assurance qualité, les cantons peuvent fixer des directives supplémentaires concernant les conditions requises pour l'assurance qualité ainsi que pour la présentation de la qualité de l'indication et des résultats et la présentation des mesures d'assurance qualité. Ces directives devraient être prévues dans les mandats de prestations ou dans le droit cantonal.

d) Il est recommandé de prévoir l'utilisation du modèle de rapport H+ (« rapport sur la qualité ») et de publier les rapports sur le site web du canton ou au moins sur le site web de l'hôpital.

e) Les cantons astreignent dans le mandat de prestations cantonal les hôpitaux à participer aux mesures nationales de la qualité coordonnées par l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ). Les résultats par hôpital sont publiés par l'ANQ selon les principes définis par l'association.

f) Les cantons peuvent astreindre les hôpitaux à participer à d'autres mesures cantonales ou nationales de la qualité et mettre en œuvre des mesures supplémentaires d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients. Les cantons peuvent également formuler des directives sur l'instauration de la gestion interne ou externe de la qualité.

g) Les cantons astreignent les hôpitaux, pour le domaine des soins aigus, à respecter les exigences structurelles minimales de Swissnoso en matière de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins (IAS) pour les patients hospitalisés.

h) En cas de non-respect des directives formulées aux lettres a) à g), le canton peut prendre des sanctions adéquates (voir recommandation 15).

Explication :

a) Les cantons peuvent demander aux hôpitaux et aux maisons de naissance de confirmer, dans le cadre d'une auto-déclaration, qu'ils satisfont aux exigences de qualité selon l'art. 58d, al. 2, OAMal. Il est possible (mais pas obligatoire)

de leur demander de préciser pour chaque exigence de qualité selon l'art. 58d, al. 2, OAMal de quelle manière ils la remplissent. Les cantons doivent vérifier en profondeur ces informations si l'auto-déclaration est qualitativement insuffisante (p. ex. informations incomplètes, absence de pièces justificatives) ou s'il y a des indications que l'auto-déclaration n'est pas conforme à la vérité. En outre, les hôpitaux et maisons de naissance peuvent être expressément rendus attentifs au fait qu'ils doivent respecter les règles de développement de la qualité fixées par la convention y relative (art. 58a, al. 6, LAMal) ou – en l'absence d'une telle convention – les règles correspondantes fixées par le Conseil fédéral (art. 58a, al. 5, LAMal).

Il appartient aux cantons de procéder à la pondération des exigences de qualité mentionnées à l'art. 58d, al. 2, OAMal et, le cas échéant, de définir d'autres exigences de qualité.

Lors de l'évaluation de la qualité, les cantons peuvent se fonder sur les résultats d'autres cantons (cf. à ce sujet l'art. 58d, al. 5, OAMal).

b) 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 sécurité sont globalement remplies. Certaines prestations requièrent toutefois des exigences spécifiques, p. ex. concernant le personnel qualifié ou l'infrastructure. Ces exigences spécifiques sous forme d'exigences générales ou spécifiques aux (groupes de) prestations sont formulées par les cantons dans le mandat de prestations (cf. à ce sujet l'art. 58f, al. 4, OAMal).

c) D'autres directives en particulier concernant la qualité de l'indication et des résultats et les mesures d'assurance qualité peuvent être formulées par les cantons. En même temps, il convient ainsi d'encourager la transparence et de renforcer la concurrence en matière de qualité exigée par la LAMal entre les fournisseurs de prestations, par exemple en recourant à d'autres chiffres-clés pour évaluer la qualité (p. ex. indicateurs OFSP/CHIQI).

d) Les rapports sur la qualité établis par les hôpitaux aident à rendre mieux visibles et comparables pour le public les efforts en matière de qualité des hôpitaux. Pour les contenus des rapports sur la qualité (en particulier les mesures d'assurance qualité et la qualité de l'indication et des résultats), l'utilisation du modèle de rapport de H+ est recommandée, car celui-ci permet la comparabilité nationale souhaitée et correspond aux recommandations « Relevé, analyse et publication de données concernant la qualité des traitements médicaux » de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). Le rapport sur la qualité de H+ ne remplace toutefois ni les instruments obligatoires de controlling des mandats de prestations attribués par les cantons ni les mesures ANQ obligatoires et contractuelles sur la qualité de l'indication et des résultats (cf. lettre e).

Les cantons peuvent prendre en compte comme ils

l'entendent les résultats publiés des rapports sur la qualité dans l'attribution de mandats de prestations.

e) La participation aux mesures de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les clinique (ANQ) garantit une large base pour la comparabilité au niveau suisse des indicateurs de qualité. Même si ceux-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. Les cantons s'efforcent de coordonner les mesures selon l'art. 58a LAMal avec les assureurs et les fournisseurs de prestations dans le cadre de l'ANQ.

f) L'instauration d'une gestion de la qualité est une condition requise pour garantir la qualité de la prise en charge et la sécurité des patients. Le canton peut définir comme il l'entend d'autres mesures d'assurance qualité et mesures de la qualité. Il peut utiliser les résultats correspondants comme critères de sélection lors de l'évaluation de la qualité des établissements (cf. à ce sujet art. 58d, al. 3, OAMal).

g) Il est souhaitable de définir des exigences hospitalières minimales pour réduire le nombre d'infections associées aux soins (IAS). Tout système visant à améliorer la qualité requiert des processus de surveillance, de prévention et de lutte efficaces. Pour ce faire, des structures et compétences décisionnelles correspondantes doivent être déterminées. En accord avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et avec le soutien notamment de la CDS, Swissnoso a élaboré des normes structurelles minimales uniformes pour les hôpitaux de soins aigus en Suisse afin d'améliorer la prévention des IAS.

h) Seule la possibilité de sanctions donne aux mesures d'assurance qualité le caractère contraignant nécessaire. Le canton est légitimé à prendre des sanctions en tant qu'instance de surveillance. Les sanctions sont prévues judicieusement dans la législation cantonale.

6. Accessibilité

Recommandation 6 :

a) Le canton peut définir l'accessibilité dans un délai utile à un prestataire pour le traitement en question (art. 58b, al. 4, let. b, OAMal) comme critère important pour l'attribution du mandat de prestations.

b) Dans l'évaluation de l'accessibilité, le canton peut différencier de manière appropriée soins de premier recours et prise en charge spécialisée (y c. soins d'urgence correspondants respectifs), d'une part, ainsi que les domaines de prise en charge soins aigus, psychiatrie et réadaptation, d'autre part.

Explication :

a) La garantie de l'accessibilité à un hôpital de médecine de premier recours dans un délai utile est importante, en particulier pour une structure de soins décentralisée. Pour des raisons d'accessibilité, le canton peut compte tenu du type de prestation (soins de premier recours ou prise en charge spécialisée) préférer une offre géographiquement proche à une autre plus éloignée, même si cette dernière est plus avantageuse par rapport à d'autres critères.

b) Les critères d'accessibilité sont importants en particulier pour les soins de premier recours adaptés aux besoins. Pour des raisons d'accessibilité, le canton peut compte tenu du type de prestations (soins de premier recours ou prise en charge spécialisée) appliquer des valeurs indicatives différentes pour l'accessibilité et établir une distinction appropriée entre soins de premier recours et prise en charge spécialisée (y c. soins d'urgence correspondants respectifs), d'une part, ainsi que les domaines de prestations soins aigus, psychiatrie et réadaptation, d'autre part.

7. Nombre minimum de cas

Recommandation 7 :

a) Le canton peut fixer un nombre minimum de cas dans certains groupes de prestations au sens des art. 58d, al. 4, et 58f, al. 4, let. f, OAMal en tant que base pour l'attribution de certaines prestations.

b) Si des nombres minimums de cas sont fixés, ils sont en règle générale valables par site hospitalier. Le canton peut, compte tenu de la nature de la prestation concernée, faire la différence dans la fixation du nombre minimum de cas entre l'hôpital et une autre perspective (opérateur, équipe, etc.).

c) L'évaluation du nombre de cas d'un fournisseur de prestations 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.

d) De nouveaux prestataires peuvent également être admis provisoirement dans des domaines de prestations où est défini un nombre minimum de cas si l'on peut s'attendre à ce que le nombre de cas requis soit atteint dans les trois ans au maximum en raison des structures de l'établissement et des réalités régionales.

Explication :

a) Dans la fixation d'un nombre minimum de cas, les traitements stationnaires plus spécialisés figurent au premier plan.

La disposition dans l'art. 58d, al. 4, OAMal renferme à côté du nombre minimum de cas également l'exploitation des synergies et le potentiel de concentration des prestations. La définition d'un nombre minimum de cas ne peut s'effectuer que pour autant qu'elle soit pertinente dans ce contexte. Elle ne s'applique par conséquent pas impérativement à toutes les

prestations, mais aux prestations ou groupes de prestations que le canton doit désigner (cf. art. 58f, al. 4, let. f, OAMal). Un nombre minimum de cas peut en principe être défini pour chacun des trois domaines de prise en charge (soins somatiques aigus, psychiatrie et réadaptation). Le nombre minimum de cas est un élément des exigences portant sur des prestations spécifiques du concept GPPH soins somatiques aigus et fait à ce titre partie des recommandations de la CDS du 27.1.2011 et du 25.5.2018 sur l'utilisation du concept GPPH soins somatiques aigus dans le cadre de la planification hospitalière. Les cantons peuvent s'écarter des exigences portant sur des prestations spécifiques formulées dans le concept GPPH soins somatiques aigus.

b) Les cantons qui fixent un nombre minimum de cas peuvent le différencier davantage. Le nombre de cas peut fondamentalement aussi être rattaché à l'expertise de l'opérateur et à son équipe.

c) En relation avec les résultats des mesures de la qualité, 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 ne doit donc pas être un motif de sanction mais peut le cas échéant nécessiter une nouvelle évaluation.

d) Cette recommandation illustre la possibilité qu'un nouveau prestataire puisse entrer sur le marché ou qu'un hôpital puisse réobtenir un contrat de prestations perdu si les conditions-cadre ont changé ou si de nouvelles ressources en personnel ont été acquises.

8. Gestion des quantités

Recommandation 8 :

a) Les cantons peuvent prendre des mesures pour éviter des traitements stationnaires non indiqués médicalement et prévenir soit une augmentation disproportionnée du volume soit des surcapacités. Des instruments supplémentaires de gestion des quantités sont disponibles à cette fin.

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 ou limiter la rémunération sous la forme d'un budget global selon l'art. 51 LAMal.

c) Si un canton décide de limiter directement le volume de prestations d'un hôpital, il doit se coordonner avec les autres cantons pour s'assurer que les besoins des résidents des autres cantons dans cet hôpital soient couverts et le cas échéant, pour définir comment ces besoins doivent être pris en compte. Il sera précisé à qui (résidents de quels cantons)

et pour quelles prestations médicales la limitation de volume s'applique.

d) Si le nombre maximum de cas à traiter ou une rémunération globale est fixé dans le mandat de prestations, celui-ci devrait comporter également les conséquences d'un dépassement de la quantité de prestations.

e) Le mandat de prestations peut comporter des exigences relatives au respect d'une planification cantonale en matière d'équipement pour l'ensemble de la prise en charge hospitalière. 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 acquisitions d'équipements lourds, dont l'utilisation peut être d'intérêt public, d'autre part.

f) La fourniture de prestations en stationnaire peut être restreinte lorsque la fourniture de prestations ambulatoires est généralement plus efficace, plus adéquate et plus économique (l'ambulatoire avant le stationnaire ; AVOS). Si le traitement stationnaire pour de telles prestations est injustifié, le canton n'est pas tenu de cofinancer les cas en question.

Explication :

a) De possibles points de départ pour de tels instruments visant à prévenir des augmentations disproportionnées du volume des prestations et des surcapacités sont par exemple :

Volume total des rémunérations du canton

Sur la base de l'art. 51 LAMal, la participation financière globale du canton peut être budgétisée annuellement sur la base de la planification hospitalière, de l'activité effective (nombre de cas et case mix index) de l'année précédente, du libre choix de l'hôpital, de l'économicité et de l'utilité des prestations, de l'évolution de la structure tarifaire et des tarifs adoptés.

Nombre maximum de cas

Le canton peut imposer en fonction des besoins aux hôpitaux répertoriés un nombre annuel maximum de traitements stationnaires AOS des habitants du canton pour des groupes de prestations hospitalières choisis ou pour tous les groupes.

Obligation de requérir une autorisation pour des investissements d'extension

Le canton peut prévoir pour tous les hôpitaux répertoriés une obligation de requérir une autorisation pour les investissements d'extension (investissements entraînant une augmentation des capacités).

Contrôle de l'augmentation du nombre de lits

Dans la psychiatrie et la réadaptation, l'augmentation du nombre de lits peut être limitée par rapport au nombre de lits par hôpital pris en compte au moment de la planification hospitalière.

b) 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 (ATF 138 II 398), mais ne l'est pas selon la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral (C-7017/2015, consid. 11.5 ; C-4302/2011, consid. 6.2.2). En fin de compte, toute gestion des quantités mène directement ou indirectement à des directives sur les capacités en lits.

Le dépassement d'une 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, ce qui n'est pas admissible en vertu de l'art. 58f, al. 6, OAMal (cf. également C-7017/2015, consid. 11.4). Si l'on recourt à la gestion des quantités, ces facteurs non influençables devraient également être intégrés dans la réflexion. Il faudrait également intégrer dans la réflexion les reports possibles entre les secteurs ambulatoire et stationnaire 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 le nombre de cas.

c) Il convient par ailleurs de distinguer la gestion des quantités du nombre minimum de cas (voir recommandation 7). Lorsqu'un canton limite directement le volume de prestations d'un hôpital, il doit s'assurer en vertu de l'art. 39, al. 2, LAMal de coordonner sa planification, c.-à-d. s'assurer que les besoins des autres cantons soient pris en compte. Le Tribunal administratif fédéral a en effet estimé que l'obligation pour les cantons de coordonner leur planification hospitalière prévue à l'art. 39, al. 2, LAMal et concrétisée à l'art. 58e OAMal était valable de manière générale et non pas seulement pour empêcher une sous-capacité hospitalière (C-6266/2013, consid. 4.5.).

d) Si des limitations du volume de prestations sont prévues, il est recommandé d'examiner s'il convient de les inscrire sur les listes hospitalières (C-995/2019, C-4029/2019, consid. 7.2.3). 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. e, 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 un mandat de prestations cantonal prévoit une limitation des quantités et que celle-ci est dépassée par le fournisseur de prestations pour les habitants du canton concerné, ce dernier n'est pas tenu de prendre en charge l'intégralité de la part cantonale des traitements stationnaires en question (arrêts du Tribunal fédéral 9C 493/2018, consid. 4.1 s. et 9C 540/2018, consid. 4.3 ss).

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). Celle-ci peut être réduite de la contribution de couverture des coûts fixes par cas. Vu que la retenue a une influence sur la rémunération et n'est pas prévue dans la LAMal, l'examen de la création d'une base légale cantonale est recommandé.

e) 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.

f) Des systèmes de financement distincts et non coordonnés entre eux dans les secteurs stationnaire et ambulatoire peuvent pousser les hôpitaux à prendre des décisions d'hospitalisation non indiquées médicalement afin d'obtenir la rémunération plus lucrative. Dans la mesure où de telles évolutions ne sont pas limitées ou rendues impossibles par la législation fédérale (cf. art. 3c OPAS en lien avec Annexe 1a de l'OPAS), les cantons peuvent décider des limitations correspondantes. Il est recommandé d'adopter une base juridique cantonale à cet effet.

9. Obligation d'admission

Recommandation 9 :

a) Les cantons sont tenus de veiller au respect de l'obligation d'admission selon l'art. 41a, al. 2, LAMal. L'objectif de l'obligation d'admission est de garantir les soins et de prévenir des pratiques d'admission discriminatoires de la part des hôpitaux répertoriés.

b) Afin de garantir l'accès des patients assurés en division commune aux capacités hospitalières existantes des hôpitaux répertoriés, le canton peut formuler une part minimale de patients ayant exclusivement une assurance de base que tous les hôpitaux répertoriés doivent atteindre.

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.

Explication :

a) La population a le droit de pouvoir se faire traiter dans un hôpital également sans disposer d'une assurance complémentaire. Pour satisfaire à ce droit, les hôpitaux ayant 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 des urgences 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) Outre le respect de l'obligation d'admission, l'obligation de traitement qui y est liée peut ainsi être garantie.

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.

10. Admission en urgence

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) 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.

Explication :

a) La mise à disposition d'un service des urgences 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.

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.

b) 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 base fixes nécessaires à la permanence ou à la mise à disposition de capacités d'accueil.

11. Coordination intercantonale de la planification hospitalière et des flux de patients

Recommandation 11 :

a) Dès que les bases nécessaires sont disponibles, les cantons se fondent sur des zones d'approvisionnement en soins hospitaliers pour leurs planifications hospitalières. Ces zones résultent des étapes suivantes¹⁰ :

Les cantons élaborent

- un rattachement uniforme dans toute la Suisse des GPPH aux niveaux de prise en charge « soins de premiers recours » ainsi que « prise en charge spécialisée » et
- des critères uniformes dans toute la Suisse pour l'attribution de mandats de prestations dans le domaine de la prise en charge spécialisée.

Pour le rattachement des GPPH aux niveaux de prise en charge et pour l'attribution de mandats de prestations dans le domaine de la prise en charge spécialisée, les cantons tiennent compte des flux de patients, de l'analyse et prévision des besoins à l'échelon national ainsi que, en particulier, des critères de l'accessibilité, de la complexité des prestations et des nombres de cas.

Dans le domaine des soins de premier recours, les cantons coordonnent leurs planifications hospitalières conformément aux prescriptions de la LAMal et de l'OAMal. Au niveau de la prise en charge spécialisée, la planification hospitalière est effectuée – outre dans le respect des prescriptions de la LAMal et de l'OAMal – en application des critères uniformes dans toute la Suisse pour l'attribution de mandats de prestations.

Dans les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation, les cantons appliquent une procédure analogue le moment venu.

b) Les flux de patients (flux sortant et entrant) et leurs besoins pronostiqués correspondants sont analysés par domaines de prestations, voire par groupes de prestations dans les cas où c'est approprié.

c) Dans le cadre d'une nouvelle planification hospitalière, le canton planifiant invite à prendre position les cantons :

- voisins,
- sièges des hôpitaux extracantonaux figurant sur la liste hospitalière du canton planifiant ou dont l'admission sur cette dernière est prévue,
- qui ont inscrit des hôpitaux du canton planifiant sur leur liste hospitalière ou prévoient de le faire,
- à partir desquels des flux importants de patients parviennent ou parviendront vraisemblablement dans les hôpitaux situés dans le canton planifiant¹¹,
- dans lesquels des flux importants de patients parviennent ou parviendront vraisemblablement en provenance du canton planifiant ainsi que

¹⁰ Dans un premier temps, pour le domaine des soins somatiques aigus.

¹¹ Il est possible de recourir aux valeurs selon recommandation 2, lettre d lors de l'évaluation de l'importance.

- si la coordination permet de renforcer l'économicité et la qualité des prestations fournies à l'hôpital.

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.

d) Les cantons sont invités à prendre position sur l'actualisation d'une autre liste cantonale s'ils sont directement concernés par les modifications prévues.

e) 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.

Explication :

a) Avant que les cantons puissent se fonder sur les zones d'approvisionnement en soins hospitaliers pour la planification hospitalière, il convient de mettre à disposition les bases nécessaires (analyse et prévision des besoins à l'échelon national ; rattachement uniforme dans toute la Suisse des GPPH aux niveaux de prise en charge « soins de premiers recours » et « prise en charge spécialisée » ; élaboration de critères uniformes dans toute la Suisse pour l'attribution de mandats de prestations dans le domaine de la prise en charge spécialisée).

Lors de la planification hospitalière, les cantons se basent, conformément à la recommandation 2a, sur l'analyse et prévision des besoins à l'échelon national, qui est actualisée périodiquement.

Les critères pour le rattachement des GPPH aux niveaux de prise en charge et pour l'attribution de mandats de prestations dans le domaine de la prise en charge spécialisée énumérés dans la recommandation constituent des exemples et ne sont pas exhaustifs. Lors des travaux liés à la mise en œuvre concrète, il sera décidé quels autres critères doivent être pris en considération, lesquels sont appliqués au rattachement des GPPH aux niveaux de prise en charge, lesquels sont pertinents pour l'attribution des mandats de prestations dans le domaine de la prise en charge spécialisée et lesquels s'appliquent aux deux cas de figure.

La différenciation en soins de premiers recours et prise en charge spécialisée (y c. soins d'urgence correspondants respectifs) sert à renforcer la coordination dans le domaine de la prise en charge spécialisée. Les soins de premiers recours engloberont davantage que le paquet de base actuel du concept GPPH soins somatiques aigus. Les structures tarifaires du financement des hôpitaux tiendront compte de la répartition des prestations au niveau des soins de premier recours (à proximité) et de la prise en charge spécialisée.

En ce qui concerne la prise en charge spécialisée, les cantons définissent en commun des critères uniformes dans toute la Suisse pour l'attribution de mandats de prestations. Suite à ces critères, il en résulte pour les GPPH des zones d'approvisionnement en soins hospitaliers différents à

l'échelon cantonal, régional ou national.

L'attribution de mandats de prestations aux hôpitaux au niveau de la prise en charge spécialisée est régie par les critères élaborés en commun par les cantons et définis sous forme de critères de structure et de processus du point de vue médical. Il convient de prendre en considération les collaborations entre les hôpitaux et de les encourager de manière ciblée. Ceci permet d'aboutir à une étroite coordination intercantonale, en particulier en ce qui concerne les GPPH médicalement plus complexes ou onéreux. Les cantons prennent les décisions relatives aux listes hospitalières de leur propre chef.

Pour le rattachement des GPPH aux niveaux de prise en charge opéré sur la base de critères et la définition des critères relatifs à l'attribution de mandats de prestations dans le domaine de la prise en charge spécialisée, un élargissement du concept GPPH soins somatiques aigus est effectué. La procédure correspondante est définie à l'échelon de la CDS.

Tous les cantons utilisent le concept GPPH soins somatiques aigus pour la planification des soins somatiques aigus. Il n'existe pas encore de classifications des prestations médicales pour la planification des domaines de la psychiatrie et de la réadaptation que la CDS recommande aux cantons. Elles suivront. D'ici là, une approche coordonnée des cantons sur la base des zones d'approvisionnement en soins hospitaliers n'est possible que de manière restreinte, compte tenu de l'absence d'une systématique commune.

b) 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. Judicieusement, l'échange concernant les flux de patients entre les cantons devrait s'effectuer avant l'ouverture de la consultation sur les rapports de planification (cf. lettre c).

c) 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.

d) Lorsqu'une liste hospitalière est actualisée, 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 extracantonal 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. Lors de l'attribution d'un nouveau mandat de prestations qui entraîne une

augmentation des capacités et qui est ainsi susceptible de se répercuter sur les flux de patients entre cantons voisins (ou au sein d'une région de prise en charge), une coordination préalable doit être assurée avec les cantons concernés (C_5379/2018, consid. 5.10 ; C_1565/2017, consid. 4.7.2).

e) Cela donne au canton siège de l'hôpital une vue d'ensemble des 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 siège 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. 58e OAMal.

12. Livraison des données

Recommandation 12 :

a) Dans le cadre du mandat de prestations, le canton astreint explicitement les prestataires à livrer en temps voulu les données complètes et exactes des institutions socio-médicales, des statistiques de la santé de l'OFS, les données sur les coûts conformément aux recommandations de la CDS sur l'examen de l'économicité et les données exigées par la SwissDRG SA, pour autant que ces données ne sont pas mises à la disposition des cantons par l'OFS.

b) D'éventuelles autres obligations en matière de livraison des données au canton sont également 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.

c) Les cantons peuvent prévoir la publication des nombres de cas dans tous les groupes de prestations ou à un niveau de détail plus élevé. Les hôpitaux sont tenus de fournir les données nécessaires pour cela.

d) Le mandat de prestations fait référence aux sanctions prévues dans le droit cantonal en cas d'infractions à l'obligation de fournir les données. L'inscription de ces sanctions dans le droit cantonal est recommandée.

Explication :

a) Bien que la participation aux statistiques de l'OFS soit obligatoire et malgré l'obligation de fourniture à la SwissDRG SA (art. 49, al. 2, LAMal), le recueil des données n'est pas complet. C'est pourquoi la participation complète doit être garantie dans le cadre d'éventuels mandats de prestations, pour autant que les données correspondantes ne sont pas mises à la disposition des cantons par l'OFS.

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) La publication des nombres de cas donne, idéalement en relation avec les résultats correspondants des mesures de la qualité, une indication de l'expérience dont un hôpital dispose dans les prestations en question. Les cantons veulent garantir l'accès à ces informations pour les patientes et les patients ainsi que pour le médecin qui les adresse à l'hôpital.

d) Des sanctions soutiennent le caractère contraignant de l'obligation de fournir les données. Les sanctions peuvent être de nature pécuniaire et aller jusqu'au retrait du mandat de prestations (voir recommandation 15).

13. Conditions de travail

Recommandation 13 :

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'attribution 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 de certaines exigences spécifiques reprises de conventions collectives de travail.

c) Le canton peut, dans le cadre du mandat de prestations, plafonner les salaires. Il inscrit dans les mandats de prestations des hôpitaux à titre de charge l'interdiction des systèmes d'incitations économiques entraînant une augmentation du volume des prestations médicalement injustifiées à la charge de l'AOS ou permettant le contournement de l'obligation d'admission.

Explication :

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 éventuellement déjà liés par des bases légales cantonales de politique du personnel et de rémunération. Une politique salariale appropriée est primordiale pour garantir la couverture des besoins en personnel. À court et moyen terme, on prévient ainsi un exode du personnel de santé vers d'autres professions. À 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. S'il convient d'admettre que l'exigence du respect de conditions de travail est conforme au droit, en ce que ces conditions peuvent servir au but, notamment, de qualité et d'économicité des prestations, cela ne saurait signifier à l'évidence que toute condition de travail, quelle qu'elle soit, est de nature à atteindre un tel but. Ainsi, encore faut-il définir quelles sont concrètement les conditions de travail adéquates à exiger d'un établissement et exposer en quoi celles-ci sont de nature à assurer, voire améliorer, la qualité et l'économicité des prestations, et, à terme, permettre une évaluation plus pertinente de cette qualité et de cette économicité (C_7017/2015, consid. 10.7.1).

c) De telles directives sur les rétributions peuvent contribuer à prévenir la surindemnisation et donc le renchérissement du système de santé. L'interdiction de verser des bonus en fonction du volume des prestations permet de réduire les incitations à augmenter sans indication médicale ce volume (cf. à ce sujet aussi l'art. 58f, al. 7, OAMal).

14. Prestations de formation

Recommandation 14 :

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

b) Les prestations de formation de base et continue dans les professions de la santé non universitaires sont formulées en tant qu'obligations dans le mandat de prestations. Les directives sont fondées sur le potentiel de formation du fournisseur de prestations, déterminé selon des critères uniformes au plan cantonal.

c) Si le canton utilise un modèle de compensation¹², il est recommandé de se baser pour les montants minimaux sur les montants normatifs pour les prestations de formation selon recommandation de la CDS du 20 avril 2023¹³.

d) Il est recommandé de prendre en compte lors de l'attribution de mandats de prestations l'intérêt de maintenir un niveau d'enseignement et de recherche élevé dans une optique régionale, nationale et internationale. L'objectif de la planification hospitalière doit donc être d'octroyer aux hôpitaux ayant un mandat d'enseignement et de recherche des mandats de prestations dans la mesure requise pour que ces hôpitaux soient à même de maintenir le niveau d'enseignement et de recherche élevé dans une optique régionale, nationale et internationale.

¹² Modèle de compensation en tant que système de bonus-malus: les établissements qui ne fournissent pas la prestation de formation due doivent verser une pénalité correspondante; ceux qui la dépassent reçoivent un bonus.

¹³ Cf. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/gesundheitsberufe/nichtun_gesundheitsberufe/EM_Abgeltung_Ausbkosten_nicht-univ_Gesberufe_20230420_def_f.pdf (indemnisation des coûts de la formation pratique dans les professions de la santé non universitaires du 20 avril 2023)

Explication :

a) Les cantons financent ces prestations. Elles ne sont pas intégrées aux forfaits liés aux prestations. Le canton règle donc le financement séparément¹⁴¹⁵. La convention sur le financement de la formation médicale postgrade (CFFP) a pour but de promouvoir la formation médicale postgrade. Elle précise que les établissements de formation postgrade reconnus conformément à la Réglementation pour la formation postgraduée accréditée par la Confédération sont rémunérés pour leurs prestations de formation par une contribution minimale uniforme et que les différences de charges sont compensées entre les cantons.¹⁶

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 imputables et doivent être financés selon les règles de l'art. 49a LAMal. Pour cette raison, il faut formuler ces prestations en tant qu'obligation (cf. à ce sujet les exigences selon l'art. 39, al. 1^{bis}, LAMal, en vigueur jusqu'au 30 juin 2032). Contraindre selon les mêmes critères tous les fournisseurs de prestations d'un canton à fournir un volume déterminé de prestations de formation permet d'éviter d'éventuels désavantages concurrentiels. Une base légale cantonale peut être un avantage.

c) Les montants normatifs sont basés sur différentes études relatives au relevé des coûts standard nets de la formation pratique dans les professions de la santé non universitaire. Les coûts standard nets résultent de la différence entre les coûts globaux (charge d'encadrement, activités en lien avec la formation, dépenses de fonctionnement) et les bénéfices (prestations productives des apprenants).

d) Il est essentiel que les hôpitaux ayant un mandat d'enseignement et de recherche atteignent pour les prestations qui sont en relation avec ce mandat les nombres de cas nécessaires selon les standards internationaux. C'est la seule façon de garantir qu'ils peuvent former suffisamment de médecins qui soient en mesure de couvrir les besoins en médecins qualifiés de premier plan dans les autres hôpitaux de suisse. Ce principe doit être pris en compte dans la planification hospitalière et la coordination intercantonale des planifications hospitalières.

¹⁴ Sur mandat de la Conférence suisse des hautes écoles (CSHE), les coûts totaux effectifs des études de médecine, c'est-à-dire les coûts de formation engendrés à l'université et à l'hôpital universitaire, sont relevés depuis 2016 (projet « EKOH »). Les chiffres relatifs aux indicateurs de coûts des cinq sites universitaires sont publiés sur le site Internet de la CSHE : <https://shk.ch/fr/documentation/publications>. Le relevé des coûts doit être poursuivi, l'objectif étant de l'intégrer à long terme dans la statistique des finances des hautes écoles de l'OFS. Un avis de droit demandé par la Direction de la santé du canton de Zurich parvient en outre à la conclusion que la méthode w^2 de relevé des activités est adéquate et efficace pour séparer les coûts de l'enseignement universitaire et de la recherche des coûts de traitement des cas stationnaires.

¹⁵ Conformément à l'OCP révisée, l'expression « enseignement universitaire » englobe les coûts de la formation et de la formation continue (jusqu'à l'obtention du titre de spécialiste) des étudiants d'une profession médicale selon la LPMéd. Les professions de la psychologie ne sont pas incluses.

¹⁶ Cf. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/gesundheitsberufe/medizin/berufe/aerztliche_weiterbildung/IKV_WFV_ple-nar_BeitrV_20141120_in_Kraft_f.pdf (Convention sur les contributions des cantons aux hôpitaux relative au financement de la formation médicale postgrade et sur la compensation intercantonale des charges (Convention sur le financement de la formation postgrade CFFP) du 20 novembre 2014).

15. Controlling, surveillance et sanctions

Recommandation 15 :

a) Il est recommandé que le canton examine périodiquement dans le cadre du contrôle des prestations si les prestations fixées dans le mandat de prestations au titre de l'obligation de prise en charge ont été fournies. Il est de plus recommandé que le canton examine à cette occasion si les exigences liées aux mandats de prestations ont été remplies et si n'ont été fournies que des prestations pour lesquelles l'hôpital dispose d'un mandat de prestations d'un canton. Si des prestations sont fournies sans mandat correspondant, le canton n'est pas tenu de verser la part cantonale à la rémunération ou peut, dans l'éventualité où celle-ci aurait déjà été versée, en réclamer la restitution.

b) Le canton peut fixer des sanctions contre des infractions concrètement désignées (p. ex. au mandat de prestations ou à l'obligation de prise en charge). Les éléments constitutifs (infractions) et les sanctions devraient être inscrits dans la loi cantonale.

Explication :

a) Les mandats de prestations ont force obligatoire et interdisent aux fournisseurs de prestations d'effectuer des traitements ou des examens en dehors du mandat de prestations à la charge du canton et de l'AOS. Il revient au mandant de contrôler le respect du mandat de prestations et en cas de transgression d'intervenir, de réclamer la part cantonale de la rémunération et d'informer les assureurs-maladie. Il ne s'agit à cet égard pas seulement de restitution mais aussi de l'exécution des mandats de prestations. Cela est également dans l'intérêt des patientes et des patients, qui ont droit dans les hôpitaux répertoriés à la fourniture des prestations au sein des offres examinées par l'État. Fournir des prestations en dehors du mandat de prestations peut de plus compromettre les effets de coordination et de concentration de la liste hospitalière.

Si les prestations fournies par les hôpitaux sans mandat de prestations ne peuvent être justifiées (p. ex. intervention d'urgence), elles ne doivent pas non plus être rémunérées par le canton. Il n'existe aucune base légale astreignant les cantons à cofinancer de tels cas. C'est pourquoi les contributions cantonales correspondantes doivent être réclamées.

b) Les sanctions doivent être proportionnées et peuvent être décidées individuellement ou cumulativement en fonction de la gravité de la violation :

- amendes,
- restitution complète ou partielle des parts de financement versées par les collectivités publiques,
- restitution complète ou partielle de subventions,
- prélèvement sur des avantages obtenus indûment.

En cas de violations graves ou répétées, le canton peut retirer entièrement ou partiellement le mandat de prestations.

16. Protection des données et sécurité de l'information

Recommandation 16 :	<p>a) Il est recommandé que les cantons exigent des hôpitaux répertoriés qu'ils respectent les dispositions relatives à la protection des données selon le droit cantonal et fédéral.</p> <p>b) Par ailleurs, il est conseillé d'engager les hôpitaux à recourir à un système de gestion de la sécurité de l'information (SGSI) ou à appliquer certaines mesures d'un SGSI.</p> <p>c) Le canton peut exiger des hôpitaux répertoriés qu'ils utilisent les outils techniques de l'Office fédéral de la cybersécurité (OFCS) au sein de leur établissement et qu'ils participent à l'échange d'informations de l'OFCS.</p>
----------------------------	---

Explication :

a) Une condition afin de pouvoir remplir le mandat de prestations consiste à assurer une protection des données et une sécurité de l'information sans faille. Les hôpitaux répertoriés doivent ainsi prendre toutes les mesures organisationnelles et techniques requises par les dispositions en matière de protection et de sécurité des données pour que les données dont ils sont responsables soient protégées d'une perte et d'un traitement, d'une consultation ou d'une soustraction non autorisés.

b) L'adoption, au sein d'une organisation, de processus et de règles en rapport avec un système de gestion de la sécurité de l'information (SGSI) sert à définir, à piloter, à contrôler, à maintenir et à améliorer en continu la sécurité de l'information. Au vu des SGSI utilisés, il convient de tenir compte de l'avancement technologique actuel; il est recommandé de s'orienter sur les standards internationaux correspondants (par exemple suite ISO 2700x, exigences de l'office fédéral allemand de la sécurité en matière de technologie de l'information BSI). Si l'obligation de recourir à un SGSI intégral est jugée disproportionnée, les hôpitaux devraient au moins être tenus de mettre en œuvre les mesures concrètes d'un SGSI recommandées par l'Office fédéral de la cybersécurité (OFCS).

c) Le fonctionnement irréprochable et la constante disponibilité opérationnelle des systèmes informatiques omniprésents dans les hôpitaux ainsi que les données des patients extrêmement sensibles qui y sont conservées requièrent une protection maximale contre les cyberattaques. Le service national spécialisé dans la gestion technique des cyberincidents et dans l'analyse technique des cyberrisques de l'OFCS, GovCERT, a développé des outils techniques qui bloquent automatiquement les tentatives de cyberattaque par des réseaux criminels connus. L'échange concernant les

attaques et les problèmes a lieu sur la plateforme d'échange
« Cyber Security Hub » de l'OFCS.