

20, faubourg des Capucins
CH-2800 Delémont

t +41 32 420 51 20
f +41 32 420 51 21
secr.ssa@jura.ch

Evaluation des offres pour la planification hospitalière 2015-2020

Rapport du Département de la Santé, des Affaires sociales, du
Personnel et des Communes

2.12.2014

Service de la santé publique

Décembre 2014

Table des matières

1 Introduction.....	4
2 Evaluation des besoins	5
3 Appel d’offres	7
4 Soins somatiques aigus.....	8
4.1 Critères	8
4.1.1 Exigences pour l’établissement.....	8
4.1.2 Exigences spécifiques aux différents groupes de prestations.....	8
4.2 Evaluation des offres	12
4.2.1 Réponses à l’appel d’offres	12
4.2.2 Respect des exigences générales	13
4.3 Prestations demandées.....	18
4.4 Respect des exigences spécifiques.....	18
4.5 Attribution des prestations de soins somatiques aigus et projet de liste.....	22
5 Réadaptation	24
5.1 Critères	24
5.1.1 Exigences pour l’établissement.....	24
5.1.2 Exigences spécifiques aux différents groupes de prestations.....	24
5.2 Evaluation des offres	25
5.2.1 Réponses à l’appel d’offres	25
5.2.2 Respect des exigences générales	25
5.3 Prestations demandées.....	27
5.4 Respect des exigences spécifiques.....	27
5.5 Attribution des prestations de réadaptation et projet de liste.....	28
6 Psychiatrie	30
6.1 Critères	30
6.1.1 Exigences pour l’établissement.....	30
6.1.2 Exigences spécifiques aux différents groupes de prestations.....	30
6.2 Evaluation des offres	31
6.2.1 Réponses à l’appel d’offres	31
6.2.2 Respect des exigences générales	31
6.3 Prestations demandées.....	33
6.4 Respect des exigences spécifiques.....	33
6.5 Attribution des prestations de psychiatrie et projet de liste	35

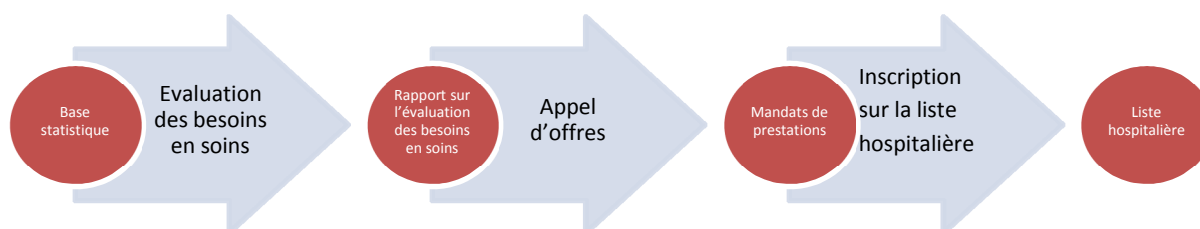
7 Soins palliatifs spécialisés.....	37
7.1 Critères	37
7.1.1 Exigences pour l'établissement.....	37
7.1.2 Exigences spécifiques	37
7.2 Evaluation des offres	38
7.3 Attribution des prestations de soins palliatifs spécialisés et projet de liste	38
8 Chapitre incidences financières	39
8.1 Rappel du financement hospitalier	39
8.2 Marge de manœuvre des cantons	39
8.3 Méthode pour l'estimation des incidences financière liées à la planification.....	40
8.3.1 Situation actuelle (chiffres 2013)	41
8.3.2 Répartition des hospitalisations selon la planification 2020.....	41
8.3.3. Incidences financières de la planification hospitalière 2020	42
8.4 Conclusion	43
9 Consultation et suite du projet	44
Annexe 1 Soins somatiques aigus : prestations demandées.....	45
Annexe 2 Soins somatiques aigus : attribution des groupes de prestations	46
Annexe 3 Soins somatiques aigus : projet de liste des hôpitaux	47

1 Introduction

La planification hospitalière a pour but d'organiser l'ensemble de l'offre de soins hospitaliers stationnaires pour les citoyens jurassiens. La révision du 21 décembre 2007 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)¹ a précisé certaines dispositions que les cantons doivent suivre lors de l'élaboration de leur planification hospitalière, ainsi que le délai fixé à fin 2014 pour l'établissement d'une planification respectant ces dispositions. L'ancienne planification jurassienne (concrétisée par le plan hospitalier de 2002) ne satisfaisant plus aux exigences fédérales, le canton a décidé d'élaborer une nouvelle planification.

Les trois éléments de la nouvelle planification que le canton doit établir sont les suivants :

- un rapport sur l'évaluation des besoins en soins de la population jurassienne
- des mandats de prestations conclus avec des établissements de soins,
- une liste hospitalière qui définit les établissements intra- et extracantonaux nécessaires à la couverture des besoins en soins de la population jurassienne.



Selon la Loi sur les établissements hospitaliers (LEH)², la planification hospitalière est de la compétence du Gouvernement alors que le Département de la Santé, des Affaires sociales, du Personnel et des Communes (DSA) établit les mandats de prestations et la liste hospitalière. Quant aux travaux d'élaboration, ils sont du ressort du Service de la santé publique (SSA).

Il est utile de rappeler que le libre choix du patient reste garanti, sous réserve d'une éventuelle participation financière supplémentaire de sa part si l'établissement ne figure pas sur la liste jurassienne.

Le canton du Jura a initié en août 2013 la révision de sa planification hospitalière afin de remplir les conditions prévues par la LAMal au 1^{er} janvier 2015.

	2013						2014												2015			
	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
Elaboration du rapport sur les besoins en soins																						
Consultation du Conseil de la santé publique																						
Validation du rapport sur les besoins en soins par le DSA																						
Fixation des critères de sélection																						
Appel d'offres																						
Consultation des établissements et des cantons																						
Approbation par le Gouvernement																						
Information au Parlement / CSA																						
Préparation des mandats de prestations																						
Entrée en vigueur de la planification																						

¹ LAMal, RS 832.10

² Loi sur les établissements hospitaliers du 26 octobre 2011 (LEH), RSJU 810.11

2 Evaluation des besoins

Le rapport *Evaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2015*³ définit quelles sont les prestations actuellement utilisées par la population jurassienne et, sur cette base, détermine quels seront les besoins de la population à l'horizon 2020.

Pour rappel, la planification concerne uniquement les prestations qui sont à la fois :

- des prestations stationnaires (passer la nuit),
- du domaine des soins aigus, de la réadaptation, de la psychiatrie ou des soins palliatifs,
- fournies par des hôpitaux publics, des hôpitaux privés ou des maisons de naissance, intra- ou extracantonaux,
- à destination de patients jurassiens,
- et qui sont financées dans le cadre de la LAMal (assurance obligatoire des soins).

Quatre domaines de prestations hospitalières sont analysés, à savoir les soins somatiques aigus, la réadaptation, la psychiatrie et les soins palliatifs spécialisés.

Pour les soins somatiques aigus, la planification doit être liée aux prestations et non pas aux capacités (nombre de lits). Ce domaine a donc été subdivisé en groupes de prestations, selon un modèle développé par le canton de Zurich (concept GPPH) et recommandé par la CDS⁴. A l'heure actuelle, 24 cantons utilisent ou ont décidé d'utiliser ce modèle. Dans ce modèle, chaque prestation hospitalière est regroupée en fonction de son code diagnostic ou son code de traitement. Les prestations sont ainsi regroupées et classées de manière univoque en 132 groupes de prestations (1 groupe « paquet de base » et 131 groupes de prestations spécialisées).

Le domaine de la réadaptation est subdivisé en neuf groupes de prestations.

Le domaine de la psychiatrie est quant à lui subdivisé en quatre groupes de prestations.

Les besoins en soins ont été calculés pour l'année 2020, en se basant sur des données statistiques de 2010⁵ et en estimant l'évolution future⁶. Pour chaque groupe de prestations il a été calculé le nombre de cas, le nombre de journées d'hospitalisation et la durée moyenne de séjour (DMS). Différents facteurs ont été pris en compte pour réaliser les projections futures, à savoir : l'évolution démographique, l'évolution épidémiologique, l'évolution de la technologie médicale, les transferts de prestations du stationnaire vers l'ambulatoire et l'évolution des DMS.

Le rapport présente les besoins actuels en soins et les besoins estimés pour 2020. On observe globalement des augmentations du nombre de cas dans les domaines des soins somatiques aigus (+12%), de la réadaptation (+33%) et de la psychiatrie (+11%). En revanche les DMS devraient connaître des diminutions ou, pour la psychiatrie, une relative stabilité.

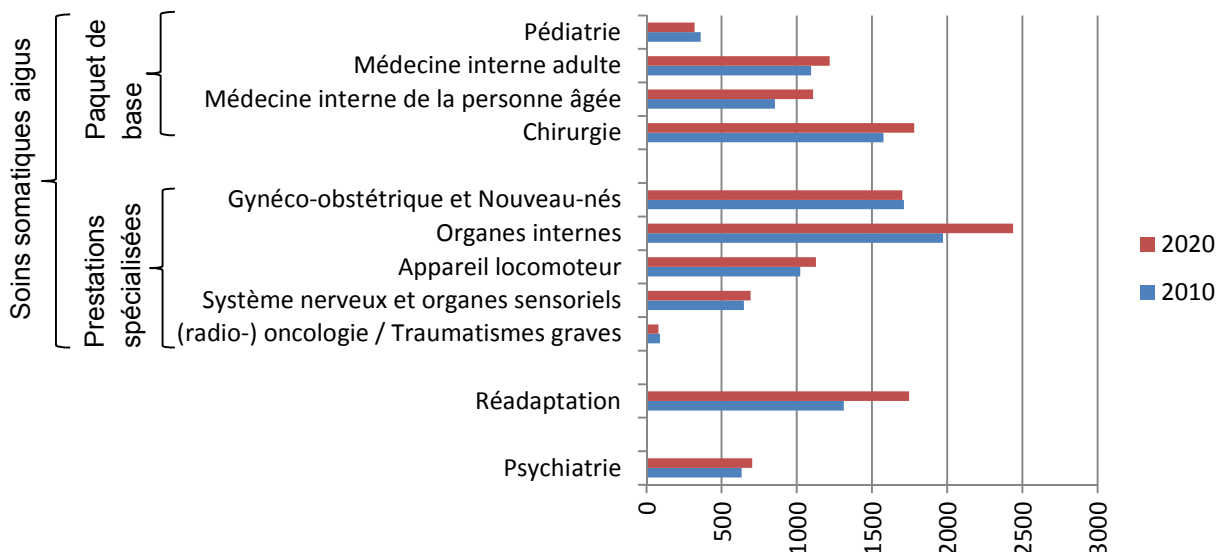
En nombre absolu, en 2010 on dénombre 11'274 cas d'hospitalisations de patients jurassiens au total, dont 9'328 en soins somatiques aigus, 1'312 en réadaptation et 634 en psychiatrie. Pour 2020, le nombre total d'hospitalisations attendu est de 12'915, soit 10'465 pour les soins somatiques aigus, 1'747 pour la réadaptation et 703 pour la psychiatrie.

³ DSA, Evaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2015, 28.05.2014

⁴ Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux de la santé (CDS), le détail des groupes de prestation est disponible sur <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=623&L=1>

⁵ OFS, Statistique médicale des hôpitaux 2010

⁶ L'année 2010 a été choisie pour des raisons méthodologiques mais un contrôle a été effectué avec les données 2011 et 2012



C'est principalement dans le domaine de la réadaptation que la plus grande augmentation est attendue. De manière plus détaillée, on peut relever qu'une augmentation du nombre de cas est prévue pour les différentes catégories de prestations excepté la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique et l' (radio-) oncologie / Traumatismes graves.

3 Appel d'offres

Un appel d'offres s'est déroulé du 1^{er} juillet au 15 septembre 2014. Il a été annoncé au Journal officiel, par communiqué de presse ainsi que sur le site Internet du canton. Les établissements hospitaliers intra- et extracantonaux, publics et privés, ont eu la possibilité de répondre à l'appel d'offres et de soumissionner pour le ou les groupes de prestations de leur choix, sur la base des besoins en soins évalués dans le rapport *Evaluation des besoins en soins* et sur des critères fixés préalablement.

Les établissements figurant sur la liste des hôpitaux 2014 ont reçu un courrier pour les informer du lancement de l'appel d'offres.

L'appel d'offres de la planification hospitalière n'était pas soumis à la législation sur les marchés publics. En revanche, afin de garantir la concurrence et l'efficacité des prestations, il a été décidé de respecter certains principes, à savoir :

- la transparence,
- l'égalité de traitement et
- la concurrence.

Les postulations étaient séparées selon les quatre grands domaines précédemment cités : les soins somatiques aigus, la réadaptation, la psychiatrie et les soins palliatifs spécialisés. Pour chacun des domaines, un formulaire de postulation était disponible sur le site Internet du SSA⁷.

Pour le domaine des soins somatiques aigus, le SSA avait utilisé la version 2013 du groupeur zurichois afin d'évaluer les besoins. Pour l'appel d'offres, une nouvelle version 2015 développée par le canton de Zurich a été utilisée. Cette version plus récente comporte quelques groupes de prestations supplémentaires et quelques changements dans la composition des groupes⁸.

⁷ SSA, <http://www.jura.ch/planif.hosp>

⁸ Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_spitallisten.html

4 Soins somatiques aigus

4.1 Critères

Les critères découlent de bases légales fédérales, notamment de l'art. 39 LAMal⁹ et de l'art. 58b OAMal¹⁰, et cantonales, suivant la loi sur les établissements hospitaliers¹¹ art.13 et 14. De plus la CDS a émis des recommandations plus précises sur les critères spécifiques aux différents groupes de prestations.

Il est important de préciser que le respect des critères ne garantissait en aucun cas à l'établissement de recevoir un mandat de prestations.

4.1.1 Exigences pour l'établissement

Afin que le SSA puisse évaluer les différentes postulations, les établissements devaient répondre à un certain nombre d'exigences. Celles-ci ont été en partie basées sur l'expérience de la planification zurichoise ainsi que sur les projets de planification valaisan et fribourgeois.

Ces exigences sont demandées à tous les établissements indépendamment des prestations pour lesquelles ils postulent. Elles se divisent en trois catégories :

- les exigences générales
exemple : l'obligation pour les établissements de prendre en charge tous les patients jurassiens dans les limites de leur mandat et de leurs capacités ou être au bénéfice d'une autorisation d'exploiter.
- les exigences de qualité
exemple : avoir un concept de qualité et d'hygiène ou participer aux mesures qualité ANQ et de l'OFSP.
- les exigences d'économicité
exemple : comptabilité analytique, coût par cas, etc.

Le détail des différents critères se trouve dans le formulaire de postulation pour les soins somatiques aigus.

4.1.2 Exigences spécifiques aux différents groupes de prestations¹²

La CDS recommande à tous les cantons d'appliquer le concept zurichois de groupement des prestations. Ce concept comprend également des exigences médicales différenciées par groupe de prestations. Ces exigences sont issues des travaux menés par le Service de la santé zurichois avec différents experts.

Prestations de base

Pour qu'un hôpital fonctionne parfaitement, il est absolument nécessaire que les soins de base soient assurés 24 heures sur 24 et 365 jours par an. Pour cela, la méthodologie retenue définit deux paquets

⁹ LAMal, RS 832.10

¹⁰ OAMal, RS 832.102

¹¹ LEH, RSJU 810.11

¹² CDS, <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=1018&L=1>

qui constituent la base de tous les autres groupes de prestations : le paquet de base (BP) et le paquet de base programmé (BPE). Le BP représente la base pour tous les hôpitaux comportant un service des urgences et il est obligatoire pour eux, tandis que le BPE forme la base pour les fournisseurs de prestations qui travaillent avant tout de manière programmée et ne disposent pas d'un service des urgences.

Le BP comprend toutes les prestations relevant des soins de base dans tous les domaines de prestations. En règle générale, elles sont fournies au quotidien par les spécialistes en médecine interne et en chirurgie, sans recours à d'autres spécialistes.

Le BP constitue la base pour tous les hôpitaux comportant un service des urgences et il est obligatoire pour eux. Il représente également une condition que doivent remplir tous les groupes de prestations comportant un fort pourcentage de patients admis en urgence. Comme ces derniers arrivent souvent à l'hôpital avec des troubles non encore définis, il ne suffit pas qu'il y ait un service des urgences adéquat, il faut aussi une offre large en soins de base. C'est le seul moyen de garantir que ces patients bénéficieront d'un diagnostic complet et, le cas échéant, qu'ils recevront immédiatement un premier traitement. Les services indispensables dans un hôpital sont la médecine interne et la chirurgie. Les spécifications et autres exigences (exemples : urgences, soins intensifs, radiologie, etc.) figurent dans le tableau ci-après.

Le BPE fait partie du BP et comprend uniquement les prestations relevant des soins de base dans les «domaines de prestations programmées», c'est-à-dire ceux pour lesquels l'hôpital dispose d'un mandat de prestations. Si un fournisseur a par exemple un mandat pour les groupes de prestations urologiques, le BPE comprend toutes les prestations de base urologiques. Il constitue la base pour tous les fournisseurs sans service des urgences. Les hôpitaux avec BPE ne peuvent offrir que des groupes de prestations comprenant principalement des interventions programmées dans les domaines ophtalmologie, ORL, appareil locomoteur, gynécologie et urologie. Une condition importante est la disponibilité d'un médecin (interniste, anesthésiste, etc.) en permanence. Les spécifications et autres exigences figurent dans le tableau ci-dessous.

	Paquet de base (BP)	Paquet de base programmé (BPE)
Spécialistes et services à l'hôpital	Clinique médicale dirigée par un spécialiste de médecine interne Clinique chirurgicale dirigée par un chirurgien Anesthésie	Suivi médical 24 h sur 24 sur place
Service des urgences	Niveau 1	
Unité de soins intensifs (USI)	Niveau 1	-
Laboratoire	365 jours / an; 24 h / 24	De 7 h à 17 h
Radiologie avec appareils de radiologie et scanner	365 jours / an; 24 h / 24 Scanner en 30 minutes par un médecin assistant en radiologie (minimum 2 années d'expérience comme assistant en radiologie) ou, en cas de nécessité médicale, par le spécialiste	-
Coopération avec un hôpital ou un médecin consultant	Infectiologie Psychiatrie ou psychosomatique	Infectiologie
Soins palliatifs de base ¹³	Soins de base	-

¹³ Fondamentalement, les soins palliatifs font partie des soins de base de tous les hôpitaux de soins aigus. Seuls les patients qui nécessitent une prise en charge palliative spécifique doivent être pris en charge médicalement dans un centre de compétence pour soins palliatifs.

Spécialistes

Les exigences pour les spécialistes nécessaires (FMH ou titre étranger équivalent) dépendent du groupe de prestations. Ce sont par exemple en médecine interne les internistes et les spécialistes en fonction de la nécessité médicale. Les patients devraient être traités par ces spécialistes, mais il est de la responsabilité de l'hôpital ou des spécialistes de déléguer le traitement.

Pour chaque groupe de prestations, la qualification des spécialistes devant être disponibles est définie. Quand le titre FMH figure dans le tableau sans parenthèses, les spécialistes doivent être employés par l'hôpital ou y avoir leur cabinet. Un titre FMH entre parenthèses signifie que des médecins agréés et des médecins consultants sont également admis, à condition qu'ils soient liés par contrat à l'hôpital et que leur cabinet soit proche de celui-ci.

Disponibilité des spécialistes

Une certaine disponibilité temporelle du spécialiste est requise par groupe de prestations. Celle-ci doit être garantie 24 heures sur 24 et 365 jours par an. Vous trouvez ci-après les quatre niveaux de disponibilités temporelles définis par le concept zurichois recommandé par la CDS. La disponibilité doit également être à tout moment réglée et garantie pour les médecins agréés et les médecins consultants.

Niveau 1	Joignables en <60 min ou transfert	Les spécialistes ¹⁴ (médecins consultants) sont joignables dans les 60 minutes ou le patient est transféré à l'hôpital le plus proche offrant le groupe de prestations correspondant dans le même délai.
Niveau 2	Intervention <60min	Les spécialistes ¹² du groupe de prestations concerné sont joignables en tout temps. En cas de nécessité médicale, ils peuvent assurer l'intervention diagnostique ou thérapeutique dans les 60 minutes ou, exceptionnellement, la faire pratiquer ailleurs dans le même délai.
Niveau 3	Intervention <30min	Les spécialistes ¹² du groupe de prestations concerné sont joignables en tout temps. En cas de nécessité médicale, ils peuvent assurer l'intervention diagnostique ou thérapeutique dans les 30 minutes.
Niveau 4 (seulement obstétrique)	Intervention <10 min	Uniquement pour l'obstétrique, disponibilité 24 h / 24 : les accouchements sont assurés par un spécialiste en gynécologie et obstétrique (pouvant arriver à l'hôpital dans les 10 minutes).

¹⁴ Spécialistes ou médecins avec qualification spécialisée correspondante (médecins agréés et médecins consultants : également possible)

Service des urgences

Pour les groupes de prestations comptant de nombreux patients admis en urgence, un service des urgences est obligatoire. On distingue trois niveaux, définis selon le délai dans lequel le traitement nécessaire doit être effectué pour chaque groupe. Des exigences particulières sont définies pour l'obstétrique.

Exigences	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4 Obstétrique
Soins médicaux (sur place)	8-17h LU-VE: Des médecins spécialistes en médecine et en chirurgie sont disponibles pour les urgences (service hospitalier multifonctionnel). 17-8h LU-VE 24/24 week-ends et jours fériés: Des médecins-assistants en médecine et en chirurgie sont disponibles pour les urgences.	8-17h LU-VE: Des médecins spécialistes en médecine et en chirurgie sont disponibles en première priorité pour les urgences 17-8h LU-VE 24/24 week-ends et jours fériés: Des médecins-assistants en médecine et en chirurgie sont disponibles pour les urgences.	8-23h LU-VE: Des médecins spécialistes en médecine et en chirurgie sont disponibles en première priorité pour les urgences 23-8h LU-VE 24/24 week-ends et jours fériés: Des médecins-assistants sont disponibles en première priorité pour les urgences.	24/24: Un médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique est à disposition du service obstétrique en 10min. Les césariennes en urgence doivent être réalisées en <15 min (délai décision naissance [DDN]).
Disciplines nécessaires à l'hôpital	Spécialiste joignable en cas de nécessité médicale: - Médecine interne (en 30 minutes) ¹ - Chirurgie (en 30 minutes) ¹ - Anesthésie (en 15 minutes)		Spécialiste joignable en cas de nécessité médicale: - Anesthésie (sur place) - Soins intensifs (sur place)	Spécialiste/sage-femme joignable en cas de nécessité médicale: - Anesthésie (sur place) - Sage-femme sur place 24/24

¹ La présence permanente sur place n'est pas nécessaire

Service de soins intensifs

Pour les groupes de prestations qui exigent des transferts fréquents aux soins intensifs, une unité de soins intensifs est obligatoire. On en distingue trois niveaux, définis suivant la complexité du traitement pour chaque groupe de prestations.

Exigences	Niveau 1 Unité de soins de surveillance	Niveau 2 Unité de soins intensifs (USI) selon la SSMI	Niveau 3 Unité de soins intensifs (USI)
Directives de base	Directives en cours d'élaboration	Respecter les directives de la Société suisse de médecine intensive (SSMI) du 1 ^{er} novembre 2007 sur la reconnaissance des unités de soins intensifs (http://www.sgi-ssmi.ch/sgi-richtlinien-is.html).	
Conditions supplémentaires			Nombre de journées de soins et de ventilation mécanique selon les critères de la FMH pour les établissements de formation postgrade de catégorie A: - nombre de journées de soins / an ≥2600 - nombre de journées de ventilation mécanique / an ≥1000

Prestations liées

De nombreux traitements nécessitent un savoir interdisciplinaire. Les prestations qui sont étroitement liées du point de vue médical doivent donc être assurées au sein d'un même établissement. Si un hôpital propose, par exemple, les prestations en chirurgie viscérale, il doit également fournir celles en gastroentérologie. En revanche d'autres prestations peuvent être fournies en collaboration avec un autre établissement.

Tumor board (TB)

Le traitement de patients présentant une tumeur cancéreuse requiert généralement un «tumor board». Ce groupe interdisciplinaire, qui se réunit régulièrement, comprend un radio-oncologue, des oncologues, des internistes, des radiologues, un pathologiste ainsi qu'un spécialiste de l'organe touché. Le groupe peut, en principe, être géré en coopération avec un autre hôpital. Cela permet un traitement optimal et adapté intégrant les acquis les plus modernes de la science médicale.

Nombre minimum de cas

Le canton peut fixer comme condition pour la répartition de certaines prestations un nombre minimum de cas au sens de l'art. 58b al. 5 let. c OAMal¹⁵. Selon le modèle CDS, un établissement doit garantir un volume de prestations pour obtenir certains groupes de prestations. Le but est de garantir la qualité en s'assurant que l'établissement possède une pratique suffisante pour cet acte. Un volume minimal est prescrit pour une trentaine de groupes de prestations.

Autres exigences

Pour certains traitements, des exigences supplémentaires spécifiques aux groupes de prestations doivent être remplies (exemples : conseils nutritionnels et conseils aux diabétiques, consultation ainsi que préparation et suivi, ou encore accréditation spéciale).

4.2 Evaluation des offres

4.2.1 Réponses à l'appel d'offres

Le SSA a reçu neuf postulations pour offrir des prestations de soins somatiques aigus à partir de 2015. Les établissements ci-dessous ont postulé:

- Hôpital du Jura (H-JU)
- Les Cigognes (maison de naissance)
- Hôpital neuchâtelois (HNE)
- Hôpital fribourgeois (HFR)
- Hôpital universitaire de Bâle (USB)
- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
- Hôpital universitaire de Berne (Inselspital)
- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)
- Hôpital universitaire pédiatrique des deux Bâle (UKBB)

¹⁵ OAMal, RS 832.102

Nous constatons que sept postulations proviennent d'établissements extra-cantonaux et de sept cantons différents. De plus, cinq postulations proviennent d'hôpitaux universitaires.

Un établissement a contacté le DSA pour informer qu'il ne souhaitait pas participer à l'appel d'offres et un autre établissement a envoyé un courrier indiquant qu'il souhaitait y participer mais sa demande était hors délai. Ces deux établissements ne figurent donc pas dans le rapport.

4.2.2 Respect des exigences générales

Les dossiers de postulation ont été analysés quant à leur exhaustivité et leur qualité. Dans certains cas, des compléments d'information ont été demandés.

Exigences générales

Les différents établissements ont été évalués selon les différentes exigences générales. Dans l'ensemble, les établissements respectent bien les exigences générales.

	H-JU	HNE	HFR	USB	CHUV	Insel	HUG	UKBB	Les Cigognes
Obligation d'admission									
Autorisation d'exploiter/respect législation									
Transmissions données planif									
Statistiques									
Formation									

Vert=remplie, jaune=partiellement remplie, rouge=non remplie

Exigences qualité

Les établissements ont été évalués selon les différentes exigences qualité. Dans l'ensemble, les établissements respectent bien ces exigences. L'HNE nous a communiqué le fait qu'il était prêt si nécessaire à utiliser le modèle H+ pour le rapport qualité.

	H-JU	HNE	HFR	USB	CHUV	Insel	HUG	UKBB	Les Cigognes
Concept qualité									
Mesures de qualité									
Annonce des incidents									
Protocole sortie/transfert									
Cours de réanimation									
Concept d'hygiène									
Droits des patients									
Rapport qualité selon modèle H+									
Indicateurs de qualité OFSP									
Délai et qualité codage									
Recommandations don d'organes									

Vert=remplie, jaune=partiellement remplie, rouge=non remplie ; gris = pas concerné

Les Cigognes étant une maison de naissance, un certain nombre de critères ne peuvent s'y appliquer.

Nous avons uniquement procédé à une analyse détaillée de la qualité pour les trois hôpitaux non universitaires. Les 4 établissements universitaires faisant partie des plus importants sites hospitaliers de Suisse, le SSA a considéré que ceux-ci fournissaient suffisamment de garanties de qualité.

Qualité et délai du codage

Hormis l'impact financier sur l'établissement, le canton et les assureurs, la qualité du codage est également essentielle pour les données statistiques de la planification hospitalière.

	H-JU	HNE	HFR
Qualité du codage ¹⁶ (2012)	98.3%	95.6%	93.9%
Délai (2013)	36 jours	4 mois	39 jours

Les indicateurs montrent des résultats très bons pour l'H-JU et plutôt bons pour les deux autres établissements. En revanche le délai de codage de l'HNE en 2013 est nettement supérieur aux deux autres établissements.

Indicateurs qualité ANQ

Le SSA a utilisé trois indicateurs de qualité développés par l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ)¹⁷.

Le premier est le taux de réadmissions à l'hôpital. Il s'agit du rapport entre les taux observés et attendus de réadmission. Une réadmission doit correspondre à trois critères :

- être liée à la maladie traitée lors de l'hospitalisation précédente
- ne pas être prévisible à la sortie de l'hospitalisation précédente
- survenir dans les 30 jours suivant la sortie de l'hospitalisation précédente

	H-JU		HNE		HFR	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Réadmissions	A	B	A	-	A	B

Vert=bien, jaune=satisfaisant, rouge=insatisfaisant

Les résultats montrent que les résultats sont tous compris entre satisfaisant et bien.¹⁸

Le second est le taux de réopération. Il s'agit du rapport entre les taux observés et attendus de réopération. Une réopération doit correspondre à trois critères :

- être liée au site anatomique opéré lors de l'intervention précédente
- ne pas être prévisible à la sortie de l'intervention précédente
- survenir durant la même hospitalisation que l'intervention précédente ou traduire une complication chirurgicale.

¹⁶ Taux de diagnostic principal « juste »

¹⁷ ANQ, www.ang.ch

¹⁸ Les données 2012 n'ont pas été fournies par l'HNE en raison d'un problème dans la statistique médicale

	H-JU		HNE		HFR	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Réopérations	A	A	-	A	A	B

Vert=bien, jaune=satisfaisant, rouge=insatisfaisant

Les trois hôpitaux affichent des résultats satisfaisants ou bons.¹⁹

Enfin le troisième indicateur est le taux d'infections nosocomiales. Une infection nosocomiale est : « une infection qui survient au niveau de l'incision, des cavités ou des organes touchés lors d'une intervention chirurgicale effectuée dans les 30 jours précédents ou dans les 12 mois si implantation de corps étranger, telle une prothèse orthopédique »²⁰. L'indicateur utilisé est celui des infections du site opératoire²¹. Pour assurer la comparaison, nous avons employé le taux d'incidence standardisé (SIR) qui est le rapport entre les taux d'infection attendu et observé.

	H-JU		HNE		HFR	
	2009-2012	2012-2013	2009-2012	2012-2013	2009-2012	2012-2013
Appendicectomie >=16 ans	-	-			-	-
Appendicectomie <16 ans	-	-		-	-	-
Cholécystectomie	-	-			-	-
Cure de hernie >= 16 ans	-	-			-	-
Cure de hernie <16 ans	-	-	-	-	-	-
Césarienne					-	-
Chirurgie du côlon						
Opérations du rectum	-	-			-	-
Chirurgie bariatrique	-	-	-	-	-	-
Prothèse totale de hanche	-	-				
Prothèse totale de genou	-	-			-	

Vert=bien, jaune=satisfaisant, rouge=insatisfaisant

Les cases vides représentent des traitements pour lesquels un minimum de cas n'a pas été atteint.

Ce dernier indicateur est difficile à interpréter vu le manque de données pour l'H-JU et l'HFR.

Indicateurs qualité OFSP

L'OFSP publie chaque année les Indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus²². Ces indicateurs se basent sur la statistique médicale des hôpitaux²³ et mesurent la mortalité en lien avec certaines pathologies et procédures médicales. Afin de pouvoir assurer une comparaison entre les différents hôpitaux, nous avons utilisé l'indice standardisé de mortalité (SMR)²⁴. Il s'agit du rapport entre

¹⁹ Les données 2011 n'ont pas été fournies par l'HNE

²⁰ Swissnoso, www.swissnoso.ch

²¹ Swissnoso, www.swissnoso.ch

²² OFSP, Indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus 2012

²³ OFS, Statistique médicale des hôpitaux

²⁴ L'indice est standardisé avec l'âge et le sexe des patients

le taux de mortalité attendu et le taux de mortalité observé. L'absence de données est souvent due à un volume de cas trop faible (inférieur à 10).

	H-JU		HNE		HFR	
	2008-2011	2012	2008-2011	2012	2008-2011	2012
Maladies cardiaque						
DP infarctus du myocarde (âge >19), mortalité						
DP infarctus du myocarde, âge 65-84, mortalité						
DP insuffisance cardiaque (âge >19), mortalité						
Cas avec CCG sans infarctus du myocarde sans diagnostic de complications (âge >19), mortalité			-	-		
Accident vasculaire cérébral (attaque cérébrale)						
DP d'accident vasculaire cérébral, toutes les formes (âge >19), mortalité						
Infarctus cérébral (CIM-10 I63, âge >19), mortalité						
Accident ischémique transitoire (AIT), mortalité						
Opérations des organes abdominaux et de la thyroïde (chirurgie viscérale)						
Cholécystectomie en cas de calculs biliaires et cholécystite, sans tumeur, mortalité						
Herniotomie sans OP de l'intestin, mortalité						
Total des résections colorectales, mortalité						
Résections du côlon pour cancer colorectal sans diagnostic compliquant, mortalité						
Résections colorectales pour diverticule sans abcès/perforation, mortalité	-	-			-	-
Gynécologie et obstétrique						
Hystérectomie pour affections bénignes, mortalité						
Maladies des voies urinaires et des organes génitaux masculins						
RTU de prostate, mortalité						
Prostatovésiculectomie radicale, mortalité	-	-				
Affections orthopédiques et traumatologiques						
Première implantation d'EPT de hanche (pas en cas de fracture), mortalité						
Changement d'EPT de hanche et changement de composants, mortalité		-				
Première implantation d'EPT de genou, mortalité						
Changement d'EPT de genou, mortalité	-	-		-		
Maladies pulmonaires						
DP de pneumonie, mortalité						
BPCO (âge >19), mortalité						
Total des résections pulmonaires ou bronchiques majeures, mortalité	-	-				
Opérations de vaisseaux						
OP des vaisseaux extra-crâniens, mortalité	-	-				
Anévrisme de l'aorte avec rupture, mortalité		-		-		
OP des artères du bassin/des jambes en cas d'embolie/de thrombose des artères, mortalité	-	-				
Amputation non traumatique au niveau du pied, mortalité						

Vert= bien, jaune=satisfaisant, rouge=insatisfaisant

Pour H-JU, les indicateurs sont satisfaisants dans leur ensemble. Nous avons toutefois analysé plus en détail les traitements pour lesquels les taux de mortalité sont les plus élevés. Ces prestations ont souvent des volumes de cas très faibles, ce qui rend les résultats très sensibles aux fluctuations.

Exigences d'économicité

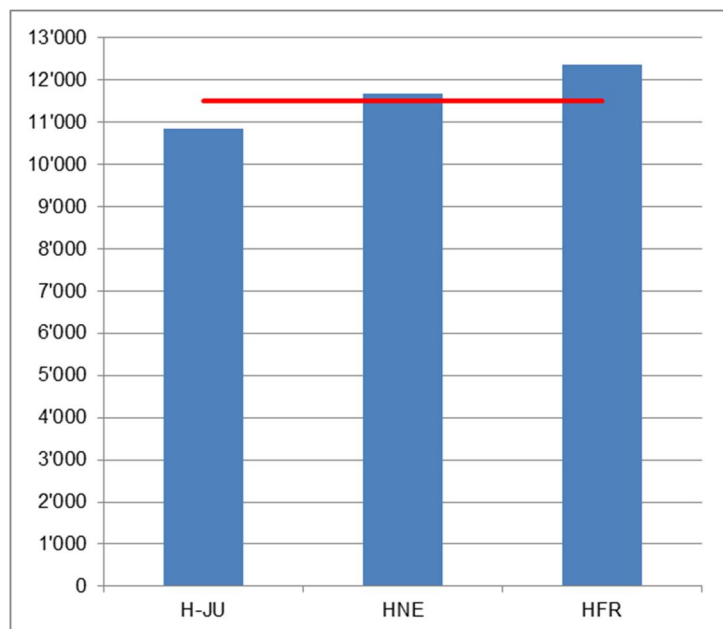
Les établissements ont été évalués selon les différentes exigences d'économicité. Dans l'ensemble, les établissements respectent bien ces exigences.

	H-JU	HNE	HFR	USB	CHUV	Insel	HUG	UKBB	Les Cigognes
Perennité et solvabilité									
Respect des principes comptables									
Fournit situation financière									
Economicité des prestations									
Evolution des coûts									
Respect législation marchés publics									

Vert=remplie, jaune=partiellement remplie, rouge=non remplie

Comparaison des coûts par cas

Dans un arrêt, le Tribunal administratif fédéral²⁵ a estimé que l'examen de l'économicité ne pouvait se fonder simplement sur les tarifs. Nous avons donc procédé à une comparaison des coûts moyens par cas pour les trois établissements non universitaires. L'analyse se base sur les données de comptabilité analytique ITAR-K²⁶ 2013 que les établissements nous ont transmises. Nous avons utilisé la valeur de base pertinente pour le benchmarking²⁷. Le graphique ci-dessous présente les résultats avec la ligne rouge représentant le 40^{ème} percentile.



²⁵ Tribunal administratif fédéral, Contestation de la liste hospitalière zurichoise par Hirslanden SA, (C-6088/2011), 6 mai 2014

²⁶ Modèle tarifaire intégré pour la comptabilité par unité finale d'imputation

²⁷ Total des coûts soins aigus LAMal en 2013 divisé par le nombre de cas de soins aigus LAMal en 2013

Avec un coût par cas inférieur à 11'000, on constate que l'Hôpital du Jura a le coût par cas le moins élevé, suivi de l'Hôpital neuchâtelois.

L'analyse des exigences générales n'a pas été jugée déterminante pour refuser un établissement et seul le critère d'économicité (coût par cas) a été retenu pour décider d'un ordre d'attribution.

4.3 Prestations demandées

Le tableau à l'annexe 1 présente une liste des groupes de prestations de soins aigus avec les postulations de chacun des établissements. On constate que l'intégralité des groupes de prestations a fait l'objet d'une postulation. Chaque groupe a reçu entre 2 et 7 postulations.

En comparant les volumes de cas pouvant être pris en charge par les postulants avec les besoins évalués, on constate que les postulations suffisent à couvrir les besoins et cela pour tous les groupes de prestations.

Le domaine de la médecine hautement spécialisée est planifié dans le cadre de la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS). Des exigences spécifiques en matière de qualité sont valables pour les mandats de prestations CIMHS. Les décisions CIMHS sont publiées sur le site web de la Conférence des directeurs de la santé (CDS)²⁸. Lorsqu'un mandat CIMHS arrive à échéance, les décisions CIMHS antérieures restent valables par la liste hospitalière cantonale sous réserve d'une nouvelle attribution ou d'une réévaluation dans ce domaine à niveau cantonal ou intercantonal (selon CIMHS).

4.4 Respect des exigences spécifiques

Nous présentons ci-après les tableaux des trois hôpitaux non universitaires avec à chaque fois les groupes de prestations qu'ils ont demandés, les groupes pour lesquels ils respectent ou non les exigences avec l'explication des critères que l'établissement ne respecte pas.

²⁸ <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=903>

Hôpital du Jura (H-JU)

	Postulations	Exigences remplies	Exigences non remplies	Explications
Paquet de base	BP; BPE	BP; BPE		
Dermatologie	DER1; DER1.1; DER1.2; DER2	DER2	DER1; DER1.1; DER1.2	Manque médecin Dermatologie et Vénérologie DER1.1 Tumor Board manquant et nbre minimum de cas pas atteint en 2012
Oto-rhino-laryngologie	HNO1; HNO1.1; HNO1.2; HNO1.3; HNO2; KIE1	HNO1; HNO1.1; HNO1.2; HNO1.3; HNO2	KIE1	Manque Tumor Board
Neurochirurgie	NCH2		NCH2	Disponibilité 1 au lieu de 2
Neurologie	NEU1; NEU2; NEU3	NEU1; NEU2; NEU3		
Ophthalmologie	AUG1; AUG1.2; AUG1.3; AUG1.4; AUG1.5		AUG1; AUG1.2; AUG1.3; AUG1.4; AUG1.5	Disponibilité 1 au lieu de 2
Endocrinologie	END1	END1		
Gastroentérologie	GAE1; GAE1.1	GAE1; GAE1.1		
Chirurgie viscérale	VIS1; VIS1.4; VIS1.5	VIS1; VIS1.4	VIS1.5	Nbre minimum de 10 cas pas atteint en 2012
Hématologie	HAE1; HAE2; HAE3	HAE1; HAE2; HAE3		
Vaisseaux	RAD1	RAD1		
Cœur	KAR1; KAR1.1	KAR1	KAR1.1	1 seul médecin disponibilité 3 Manque HER1.1
Néphrologie	NEP1	NEP1		
Urologie	URO1; URO1.1; URO1.1.1; URO1.1.2; URO1.1.3; URO1.1.4; URO1.1.5; URO1.1.6;	URO1; URO1.1; URO1.1.4; URO1.1.5; URO1.1.6;	URO1.1.1; URO1.1.2; URO1.1.3	Nbre minimum de 10 cas pas atteint en 2012
Pneumologie	PNE1; PNE1.1	PNE1; PNE1.1		
Chirurgie thoracique	THO1		THO1	Manque médecin Chirurgie y c formation chirurgie thoracique
Transplantations	-			
Orthopédie	BEW1; BEW2; BEW3; BEW4; BEW5; BEW6; BEW7; BEW8	BEW1; BEW2; BEW4; BEW5; BEW6; BEW7; BEW8	BEW3	Manque médecin chirurgie de la main
Rhumatologie	RHE1; RHE2	RHE1	RHE2	RHE2 nécessite ANG1 et DER1 en interne
Gynécologie	GYN1; GYN1.1; GYN1.2; GYN1.3; GYN1.4; GYN2	GYN1; GYN2	GYN1.1; GYN1.2; GYN1.3; GYN1.4	Disponibilité 1 au lieu de 2
Obstétrique	GEB1	GEB1		
Nouveau-nés	NEO1	NEO1		
(Radio-)oncologie	ONK1; RAO1	ONK1	RAO1	RAO1 manque médecin radio-oncologie/radiothérapie
Traumatismes graves	-			
Domaines pluridisciplinaires	KINM; KINB	KINM; KINB		
Total nbre de groupes	67	44	23	

Hôpital neuchâtelois (HNE)

	Postulations	Exigences remplies	Exigences non remplies	Explications
Paquet de base	BP	BP		
Dermatologie	DER2	DER2		
Oto-rhino-laryngologie	HNO1; HNO1.1; HNO1.2; HNO1.3; HNO2	HNO1; HNO1.1; HNO1.2; HNO1.3; HNO2		
Neurochirurgie	NCH2; NCH3		NCH2; NCH3	Disponibilité 1 au lieu de 2
Neurologie	NEU1; NEU2.1; NEU3; NEU3.1	NEU1; NEU2.1; NEU3; NEU3.1		
Ophthalmologie	-			
Endocrinologie	END1	END1		
Gastroentérologie	GAE1; GAE1.1	GAE1; GAE1.1		
Chirurgie viscérale	VIS1; VIS1.4; VIS1.5	VIS1; VIS1.4; VIS1.5		
Hématologie	HAE3	HAE3		
Vaisseaux	GEF1; GEF2; GEF3; RAD1	GEF1; GEF2; GEF3; RAD1		
Cœur	KAR1; KAR1.3	KAR1; KAR1.3		
Néphrologie	-			
Urologie	URO1; URO1.1; URO1.1.1; URO1.1.3; URO1.1.5	URO1; URO1.1; URO1.1.1; URO1.1.3; URO1.1.5		
Pneumologie	PNE1; PNE1.1; PNE1.3	PNE1; PNE1.1; PNE1.3		
Chirurgie thoracique	THO1		THO1	1 seul médecin disponibilité 3
Transplantations	-			
Orthopédie	BEW1; BEW2; BEW4; BEW5; BEW6; BEW7; BEW8	BEW1; BEW2; BEW4; BEW5; BEW6; BEW7; BEW8		
Rhumatologie	RHE1	RHE1		
Gynécologie	GYN1; GYN1.1; GYN1.2; GYN1.3; GYN1.4; GYN2	GYN1; GYN1.1; GYN1.2; GYN1.3; GYN1.4; GYN2		
Obstétrique	GEB1; GEB1.1; GEB1.1.1	GEB1; GEB1.1	GEB1.1.1	GEB1.1.1 manque médecin
Nouveau-nés	NEO1; NEO1.1	NEO1; NEO1.1		
(Radio-)oncologie	-			
Traumatismes graves	-			
Domaines pluridisciplinaires	KINM; KINB	KINM; KINB		
Total nbre de groupes	56	52	4	

Hôpital fribourgeois (HFR)

	Postulations	Exigences remplies	Exigences non remplies	Explications
Paquet de base	-			
Dermatologie	DER1; DER1.1	DER1	DER1.1	nbre min de 10 cas pas atteint en 2013
Oto-rhino-laryngologie	HNO1.1.1; HNO1.2.1	HNO1.1.1; HNO1.2.1		
Neurochirurgie	NCH1; NCH1.1	NCH1	NCH1.1	nbre min de 10 cas pas atteint en 2013
Neurologie	-			
Ophthalmologie	-			
Endocrinologie	-			
Gastroentérologie	-			
Chirurgie viscérale	VIS1.1; VIS1.3		VIS1.1; VIS1.3	nbre min de 10 cas pas atteint en 2013
Hématologie	HAE1.1	HAE1.1		
Vaisseaux	ANG1; ANG2; GEF3; ANG3; ANG4	ANG1; ANG2; GEF3; ANG3	ANG4	manque médecin; nbre min de 10 cas pas atteint
Cœur	HER1; HER1.1; HER1.1.1; KAR1.1.1; KAR1.2; KAR1.3	KAR1.2, KAR1.3	KAR1.1.1; HER1; HER1.1; HER1.1.1	KAR 1.1.1 disponibilité 2 au lieu de 3 HER Manque médecin HER1.1.1 nbre min de 100 cas pas atteint en 2013
Néphrologie	-			
Urologie	URO1.1.4; URO1.1.7; URO1.1.8	URO1.1.4; URO1.1.7; URO1.1.8		
Pneumologie	-			
Chirurgie thoracique	THO1; THO1.1; THO1.2	THO1; THO1.2	THO1.1	nbre min de 30 cas pas atteint en 2013
Transplantations	-			
Orthopédie	-			
Rhumatologie	-			
Gynécologie	GYN1.2; PLC1	GYN1.2; PLC1		
Obstétrique	GEB1.1		GEB1.1	nbre min de 1500 cas avec GEB1 pas atteint en 2013 GEB1.1 parce que NEO1.1 refusé
Nouveau-nés	NEO1.1		NEO1.1	1 seul médecin disponibilité 4
(Radio-)oncologie	NUK1	NUK1		
Traumatismes graves	UNF1.1	UNF1.1		
Domaines pluridisciplinaires	KINM; KINB; KINC	KINM; KINB; KINC		
Total nbre de groupes	35	23	12	

4.5 Attribution des prestations de soins somatiques aigus et projet de liste

En tenant compte des différents résultats de l'évaluation des dossiers de postulation, présentés aux pages précédentes, le SSA a procédé à une attribution des groupes de prestations en appliquant la méthodologie suivante :

- 1) Les hôpitaux se voient refusés les groupes de prestations pour lesquels ils ne respectent pas les critères qualité spécifiques
- 2) Les hôpitaux non universitaires reçoivent les prestations en priorité (principe de subsidiarité)
- 3) Les groupes ayant des volumes très faibles (0-1) sont attribués d'office aux établissements universitaires
- 4) L'ordre d'attribution entre les hôpitaux non universitaires dépend de :
 - a) Economicité
 - b) Proximité géographique
 - c) Volonté de concentration d'un groupe au sein d'un même établissement

Cela amène la priorisation suivante :

- i. H-JU
 - ii. HNE
 - iii. HFR
- 5) Les prestations pour lesquelles 1 seul établissement n'arrive pas à fournir le volume sont partagées entre deux établissements non universitaires. Si ce n'est pas possible de répartir l'ensemble du volume entre les établissements non universitaires, la prestation est confiée uniquement aux établissements universitaires (valable pour les groupes NEU2.1 et NCH1 uniquement).
- 6) L'attribution aux établissements universitaires se fait sans sélection entre eux. L'ensemble des hôpitaux universitaires reçoit le mandat. Les volumes sont répartis selon les flux globaux de patients 2013.
- 7) Pour l'UKBB, qui est un hôpital universitaire qui ne traite que les enfants, il a été décidé de lui attribuer l'ensemble des groupes de prestations pour lesquels il a postulé. De plus aucun volume de cas n'est précisé. En effet les volumes de cas pour les prestations spécialisées sont souvent faibles et les cas qui toucheront des enfants le seront encore davantage.

Vous trouverez à l'annexe 2 un tableau représentant le résultat de l'attribution des groupes de prestations. Il faut rappeler que malgré l'attribution, la prise en charge de patients en urgence reste possible.

Les chiffres indiqués sont des volumes de cas par année pris en compte pour l'attribution afin de vérifier que l'ensemble des besoins peuvent être couverts. Selon le TAF, la planification des soins est conforme aux besoins si elle « couvre les besoins – mais pas plus que ceux-ci »²⁹. Pour un groupe donné, l'addition des volumes attribués aux différents établissements correspond donc aux besoins évalués et publiés dans le rapport sur les besoins³⁰.

²⁹ Tribunal administratif fédéral, Contestation de la liste hospitalière Psychiatrie des Grisons par le canton de Zurich, (C-6266/2013), 23 juillet 2014

³⁰ DSA, Evaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2015, 28.05.2014

Les volumes n'ont été pris en compte que pour l'attribution des prestations. Le nombre de cas mentionné est une estimation et ne constitue ni un nombre minimum de patients devant être pris en charge ni un nombre maximum de patients pouvant être pris en charge par l'établissement en question.

Vous trouverez également à l'annexe 3 un projet de liste hospitalière pour les prestations de soins somatiques aigus.

Une fois la planification hospitalière approuvée par le Gouvernement, le DSA arrêtera la liste hospitalière définitive d'une part et négociera des mandats de prestations bilatéraux avec chaque établissement figurant sur ladite liste d'autre part. Les volumes serviront de base à la négociation des mandats de prestations. Ultérieurement, ils pourraient être réévalués en fonction des flux réels de patients par établissement.

5 Réadaptation

5.1 Critères

Les critères découlent de bases légales fédérales, notamment de l'art. 39 LAMal³¹ et de l'art. 58b OAMal³², et cantonales, suivant la loi sur les établissements hospitaliers³³, art.13 et 14.

Il est important de préciser que le respect des critères ne garantissait en aucun cas à l'établissement de recevoir un mandat de prestations.

5.1.1 Exigences pour l'établissement

En plus des nombreuses informations demandées, les établissements devaient répondre à un certain nombre d'exigences. Ces exigences ont été en partie basées sur l'expérience de planification zurichoïse ainsi que les projets de planification valaisan et fribourgeois.

Ces exigences sont demandées aux établissements indépendamment des prestations pour lesquelles ils postulent. Elles se divisent en trois catégories :

- les exigences générales
exemples : obligation pour les établissements de prendre en charge tous les patients jurassiens dans les limites de leur mandat et de leurs capacités ou être au bénéfice d'une autorisation d'exploiter.
- les exigences de qualité
exemples : avoir un concept de qualité et d'hygiène ou offrir un accès aux personnes handicapées.
- les exigences d'économicité
exemples : comptabilité analytique, coût par cas, etc.

5.1.2 Exigences spécifiques aux différents groupes de prestations

Pour chaque groupe de prestations en réadaptation, un certain nombre de critères qualité ont été fixés. Ceux-ci sont inspirés des critères qualité de SWISS REHA³⁴, l'association des cliniques de réadaptation de pointe en Suisse, et des critères utilisés par les cantons de Zürich, du Valais et de Fribourg.

- Equipe pluridisciplinaire
- Directeur médical (qualifications et dotation)
- Médecins-cadres (qualifications et dotation)
- Personnel médico-soignant
- Autre services disponibles (par exemple : conseils en diététique)
- Service de garde/de piquet
- Offres médico-techniques et diagnostics
- Offres thérapeutiques (par exemple : physiothérapie, ergothérapie ou psychologie)

³¹ LAMal, RS 832.10

³² OAMal, RS 832.102

³³ LEH, RSJU 810.11

³⁴ www.swissreha.ch

Le détail des différents critères se trouve dans le formulaire de postulation pour la réadaptation.

5.2 Evaluation des offres

5.2.1 Réponses à l'appel d'offres

Le SSA a reçu six postulations pour offrir des prestations de réadaptation à partir de 2015. Les établissements ci-dessous ont postulé:

- Hôpital du Jura (H-JU)
- Clinique Le Noirmont
- Clinique romande de réadaptation
- Clinique Bernoise Montana
- Hôpital fribourgeois (HFR)
- REHAB Basel

Nous constatons que quatre postulations proviennent d'établissements extra-cantonaux.

Les dossiers de postulation ont été analysés quant à leur exhaustivité et leur qualité. Dans certains cas, des compléments d'information ont été demandés.

5.2.2 Respect des exigences générales

Général

L'ensemble des établissements a fourni les informations demandées et s'engage à respecter les conditions fixées.

	H-JU	Clinique le Noirmont	Clinique bernoise Montana	Clinique romande de réadaptation	HFR	Rehab
Obligation d'admission						
Autorisation d'exploiter/respect législation						
Transmissions données planif						
Statistiques						
Formation						

Vert=remplie, jaune=partiellement remplie, rouge=non remplie

Qualité

Les établissements remplissent déjà les exigences qualité. Seule la Clinique le Noirmont ne dispose pas encore d'un système d'annonce des incidents et d'un concept d'hygiène. Elle affirme que ces outils seront opérationnels en 2015. Le SSA procédera à une vérification de leur mise en place.

	H-JU	Clinique le Noirmont	Clinique bernoise Montana	Clinique romande de réadaptation	HFR	Rehab
Concept qualité						
Mesures de qualité						
Annonce des incidents		en cours (prêt en 2015)				
Protocole sortie/transfert						
Cours de réanimation						
Concept d'hygiène		en cours (avril 2015)				
Droits des patients						
Infrastructures définies						
Accès personnes handicapées						
Offre en diététique						

Vert=remplie, jaune=partiellement remplie, rouge=non remplie

Economicité

Les différents établissements ont été évalués selon les différentes exigences d'économicité. Dans l'ensemble, les établissements respectent bien ces exigences.

	H-JU	Clinique le Noirmont	Clinique bernoise Montana	Clinique romande de réadaptation	HFR	Rehab
Perennité et solvabilité						
Respect des principes comptables						
Fournit situation financière						
Economicité des prestations						
Evolution des coûts						
Respect législation marchés publics						

Vert=remplie, jaune=partiellement remplie, rouge=non remplie

Tous les établissements nous ont transmis les informations nécessaires et se sont engagés à nous transmettre les informations annuellement.

Lors de l'appel d'offres, il a été demandé aux établissements de nous faire parvenir leur comptabilité analytique ainsi que le coût par journée d'hospitalisation et son évolution jusqu'en 2018. Bien que nous ayons reçu les documents nécessaires, nous nous sommes aperçus que de nombreux établissements ne disposent pas du coût par cas différencié selon les types de réadaptation. Il aurait été possible de présenter un comparatif des coûts par cas, tous types de réadaptation confondus, mais vu les différences importantes qui existent parfois entre ces différents types, nous avons estimé que ces résultats auraient été non pertinents. Nous y avons donc renoncé.

Ce problème pourra être en partie réglé lorsqu'un système de tarification national entrera en vigueur.

L'analyse des exigences générales n'a pas montré le besoin de refuser un établissement.

5.3 Prestations demandées

Le tableau suivant présente une liste des groupes de prestations de réadaptation avec les postulations de chacun des établissements. On constate que l'intégralité des groupes de prestations a fait l'objet d'une postulation.

	H-JU	Clinique le Noirmont	Clinique bernoise Montana	Clinique romande de réadaptation	HFR	REHAB
Réadaptation polyvalente gériatrique	oui					
Réadaptation musculo-squelettique	oui	oui	oui	oui		
Réadaptation de médecine interne et oncologique	oui	oui	oui			
Réadaptation cardiovasculaire		oui				
Réadaptation neurologique	oui		oui	oui		oui
Réadaptation pulmonaire					oui	
Réadaptation paraplégique				oui		oui
Réadaptation psychosomatique		oui	oui			

Trois groupes de prestations sont demandés par un seul établissement : la réadaptation polyvalente gériatrique, cardiovasculaire et pulmonaire. Ces établissements sont capables de couvrir l'ensemble des besoins estimés. Pour les 5 autres groupes de prestations, on observe une concurrence qui varie entre 2 et 4 établissements.

5.4 Respect des exigences spécifiques

Le tableau suivant indique pour chaque établissement s'il respecte les critères spécifiques pour obtenir chaque groupe de prestations.

	H-JU	Clinique le Noirmont	Clinique bernoise Montana	Clinique romande de réadaptation	HFR	REHAB
Réadaptation polyvalente gériatrique						
Réadaptation musculo-squelettique		Manque: - directeur médical - médecins-cadres				
Réadaptation de médecine interne et oncologique						
Réadaptation cardiovasculaire						
Réadaptation neurologique						
Réadaptation pulmonaire						
Réadaptation paraplégique						
Réadaptation psychosomatique						

Vert=remplie, jaune=partiellement remplie, rouge=non remplie

La Clinique le Noirmont ne répond pas aux exigences pour les prestations de réadaptation musculo-squelettique. En l'occurrence, à l'heure actuelle, elle ne possède pas encore les médecins requis pour assurer le traitement des patients.

5.5 Attribution des prestations de réadaptation et projet de liste

En tenant compte des postulations reçues et du respect des critères, nous avons suivi la méthodologie suivante :

- 1) Nous refusons aux établissements les groupes de prestations pour lesquels ils ne respectent pas les critères qualité spécifiques.
- 2) Nous attribuons ensuite les groupes en fonction de la proximité géographique et en cherchant à concentrer les groupes de prestations au sein d'un nombre réduit d'établissements.
- 3) Nous attribuons ensuite les groupes en fonction de certaines spécialités des établissements.
- 4) Les prestations pour lesquelles 1 seul établissement n'arrive pas à fournir le volume sont partagées entre plusieurs établissements.

Le tableau suivant représente le résultat de l'attribution des groupes de prestations. Les chiffres indiqués sont les volumes de journées d'hospitalisations par année. Selon le TAF, la planification des soins est conforme aux besoins si elle « couvre les besoins – mais pas plus que ceux-ci »³⁵. Pour un groupe donné, l'addition des volumes attribués aux différents établissements correspond donc aux besoins évalués et publiés dans le rapport sur les besoins³⁶.

	H-JU	Clinique le Noirmont	Clinique bernoise Montana	Clinique romande de réadaptation	HFR	REHAB	Besoins évalués 2020
Réadaptation polyvalente gériatrique	18'310						18'310
Réadaptation musculo-squelettique	6'379		500	730			7'609
Réadaptation de médecine interne et oncologique	1'224	500					1'724
Réadaptation cardiovasculaire		5'195					5'195
Réadaptation neurologique	817		spécialiste sclérose en plaque 300			Cas graves 300	1'417
Réadaptation pulmonaire					478		478
Réadaptation paraplégique				730		533	1'263
Réadaptation psychosomatique		1'800	500				2'300

Vert=prestation attribuée, jaune=prestation refusée, rouge=critères qualité non respectés

Les volumes n'ont été pris en compte que pour l'attribution des prestations. Le nombre de journées mentionné est une estimation et ne constitue ni un nombre minimum de journées à réaliser pour les patients jurassiens ni un nombre maximum de journées pouvant être réalisées par l'établissement en question.

Suivant le processus d'attribution, le SSA est parvenu à un projet de liste des hôpitaux pour les prestations de réadaptation.

³⁵ Tribunal administratif fédéral, Contestation de la liste hospitalière Psychiatrie des Grisons par le canton de Zurich, (C-6266/2013), 23 juillet 2014

³⁶ DSA, Evaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2015, 28.05.2014

	H-JU	Clinique le Noirmont	Clinique bernoise Montana	Clinique romande de réadaptation	HFR	REHAB
Réadaptation polyvalente gériatrique						
Réadaptation musculo-squelettique						
Réadaptation de médecine interne et oncologique						
Réadaptation cardiovasculaire						
Réadaptation neurologique						
Réadaptation pulmonaire						
Réadaptation paraplégique						
Réadaptation psychosomatique						

Une fois la planification hospitalière approuvée par le Gouvernement, le DSA arrêtera la liste hospitalière définitive d'une part et négociera des mandats de prestations bilatéraux avec chaque établissement figurant sur ladite liste d'autre part. Les volumes ne seront pas pris en compte dans la négociation des mandats de prestations. Ultérieurement, il n'est pas exclu qu'en fonction des flux réels, des règles plus précises soient émises en ce qui concerne le nombre de journées d'hospitalisation pour les patients jurassiens dans les établissements figurant sur la liste.

6 Psychiatrie

6.1 Critères

Les critères découlent de bases légales fédérales, notamment de l'art. 39 LAMal³⁷ et de l'art. 58b OAMal³⁸, et cantonales, suivant la loi sur les établissements hospitaliers³⁹, art.13 et 14.

Il est important de préciser que le respect des critères ne garantissait en aucun cas à l'établissement de recevoir un mandat de prestations.

6.1.1 Exigences pour l'établissement

En plus des nombreuses informations demandées, les établissements devaient répondre à un certain nombre d'exigences. Ces exigences ont été en partie basées sur l'expérience de planification zurichois ainsi que sur les projets de planification valaisan et fribourgeois.

Ces exigences sont demandées aux établissements indépendamment des prestations pour lesquelles ils postulent. Elles se divisent en trois catégories :

- les exigences générales
exemples : obligation pour les établissements de prendre en charge tous les patients jurassiens dans les limites de leur mandat et de leurs capacités ou être au bénéfice d'une autorisation d'exploiter.
- les exigences de qualité
exemples : avoir un concept de qualité, d'hygiène et de prise en charge psychiatrique.
- les exigences d'économicité
exemples : comptabilité analytique, coût par cas, etc.

6.1.2 Exigences spécifiques aux différents groupes de prestations

Pour chaque groupe de prestations en psychiatrie, un certain nombre de critères qualité a été fixé. Ces critères sont inspirés des critères qualité utilisés par les cantons de Zürich, Argovie, Valais et Fribourg.

- Directeur médical
- Equipe pluridisciplinaire
- Disponibilité des soignants
- Collaboration avec un hôpital de soins aigus
- Infrastructures (chambre de surveillance, chambres pour enfant, espace de vie protégé)
- Coopération avec d'autres services médicaux (par ex : pédiatrie, gynécologie, neurologie, etc.)
- Coopération avec d'autres services non médicaux (institutions d'éducation spécialisée, appui pédagogique, office AI, etc.)

Le détail des différents critères se trouve dans le formulaire de postulation pour la psychiatrie.

³⁷ LAMal, RS 832.10

³⁸ OAMal, RS 832.102

³⁹ LEH, RSJU 810.11

6.2 Evaluation des offres

6.2.1 Réponses à l'appel d'offres

Le SSA a reçu cinq postulations pour offrir des prestations de psychiatrie à partir de 2015. Les établissements ci-dessous ont postulé :

- Hôpital du Jura (H-JU)
- Services psychiatriques Jura bernois – Bienne-Seeland (SPJBB)⁴⁰
- Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP)
- Espace abC (eHnv)⁴¹
- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

Quatre des cinq postulations proviennent d'établissements extra-cantonaux.

Les dossiers de postulation ont été analysés quant à leur exhaustivité et leur qualité. Dans certains cas, des compléments d'information ont été demandés.

6.2.2 Respect des exigences générales

Général

Les différents établissements ont été évalués selon les différentes exigences générales. Dans l'ensemble, les établissements respectent bien les exigences générales.

	H-JU	SPJBB	CNP	Espace abC	HUG
Obligation d'admission					
Autorisation d'exploiter/respect législation					
Transmissions données planif					
Statistiques					
Formation					

Vert=remplie, jaune=partiellement remplie, rouge=non remplie

⁴⁰ La postulation des SPJBB prend en compte l'Unité d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents (UHPA), qui est une institution commune des cantons de Berne et du Jura

⁴¹ L'Espace abC, situé à St-Loup (Pompaples), est le centre vaudois pour l'anorexie boulimie. Le centre est une collaboration entre le CHUV et les établissements hospitaliers du nord vaudois (eHnv). Cet établissement est différent des autres puisqu'il prend uniquement en charge les patients de son domaine de compétence.

Qualité

Les établissements ont été évalués selon les différentes exigences qualité. Dans l'ensemble, les établissements respectent bien ces exigences.

	H-JU	SPJBB	CNP	Espace abC	HUG
Concept qualité					
Mesures de qualité					
Annonce des incidents					
Protocole sortie/transfert					
Cours de réanimation					
Concept d'hygiène					
Droits des patients					
Situations d'urgences					
Concept prise en charge psychiatrique					

Vert=remplie, jaune=partiellement remplie, rouge=non remplie

Economicité

Les différents établissements ont été évalués selon les différentes exigences d'économicité. Dans l'ensemble, les établissements respectent bien ces exigences.

	H-JU	SPJBB	CNP	Espace abC	HUG
Perennité et solvabilité					
Respect des principes comptables					
Fournit situation financière					
Economicité des prestations					
Evolution des coûts					
Respect législation marchés publics					

Vert=remplie, jaune=partiellement remplie, rouge=non remplie

Les SPJBB n'ont pas voulu communiquer leur comptabilité analytique et le CNP a indiqué qu'il n'était pas encore en mesure de fournir un coût par cas mais que cela devrait être possible dès 2016.

Lors de l'appel d'offres, il a été demandé aux établissements de nous faire parvenir leur comptabilité analytique ainsi que le coût par journée d'hospitalisation et son évolution jusqu'en 2018. En raison de difficultés méthodologiques, nous avons renoncé à effectuer une comparaison de l'économicité des différents établissements.

L'analyse des exigences générales n'a pas montré le besoin de refuser un établissement.

6.3 Prestations demandées

Le tableau suivant présente une liste des groupes de prestations de psychiatrie avec les postulations de chacun des établissements. On constate que l'intégralité des groupes de prestations a fait l'objet d'une postulation. Certains établissements postulent toutefois pour un nombre de journées relativement faible.

L'Espace abC est spécialisé dans le traitement des troubles alimentaires, anorexie et boulimie. Sa postulation vise donc exclusivement les patients adultes et adolescents qui souffrent de ces troubles. Il est par ailleurs déjà considéré actuellement comme centre de référence pour les patients souffrant de troubles alimentaires et nécessitant une hospitalisation.

	H-JU	SPJBB	CNP	Espace abC	HUG
Pédopsychiatrie		oui	oui	oui	oui
Psychiatrie adulte		oui	oui	oui	oui
Psychogériatrie	oui	oui	oui		oui
Démence	oui	oui	oui		oui

6.4 Respect des exigences spécifiques

Nous présentons ci-dessous l'analyse des exigences qualité pour les 5 établissements. Les éléments indiqués sont les éventuels éléments manquants. Il s'agit de critères visant à déterminer l'établissement le plus à même de fournir la prestation. Il a été décidé de ne pas refuser l'attribution d'une prestation au motif qu'une ou quelques exigences n'étaient pas respectées.

H-JU

	Structure du personnel	Disponibilité	Autres exigences
Pédopsychiatrie			
Psychiatrie adulte			
Psychogériatrie	1 médecin (10%) 1 psychologue (70%)	120 min	Chambre de surveillance Coopération avec les centres de mémoire
Démence	1 médecin (10%) 1 psychologue (70%)		

Vert=remplie, jaune=partiellement remplie, rouge=non remplie

La structure du personnel médicale est clairement insuffisante.

SPJBB

	Structure du personnel	Disponibilité	Autres exigences		
Pédopsychiatrie		120 min	Service de consultation en gynécologie Infrastructure et équipement pour des électro-encéphalogrammes	Offres de traitement relatives aux interactions mère-enfant	Espace de vie (lieux communs) intérieur et extérieur protégé Chambre d'enfant
Psychiatrie adulte					Service de consultation en médecine interne et en gériatrie
Psychogériatrie	Pas de gérontopsychiatre				Service de consultation en neurologie
Démence	Pas de gérontopsychiatre				

Vert=remplie, jaune=partiellement remplie, rouge=non remplie

Pour les SPJBB, l'absence de gérontopsychiatre pour les prestations de psychogériatrie et de démence, ainsi que l'absence de consultations en médecine interne et en gériatrie ont amené le SSA à leur refuser l'attribution de ces deux groupes de prestations.

CNP

	Structure du personnel	Disponibilité	Autres exigences		
Pédopsychiatrie		15/60 min	Service de consultation en gynécologie Infrastructure et équipement pour des électro-encéphalogrammes	Offres de traitement relatives aux interactions mère-enfant	Service de consultation en pédiatrie Chambre d'enfant
Psychiatrie adulte					Service de consultation en neurologie
Psychogériatrie					Coopération avec les centres de mémoire
Démence					

Espace abC

	Structure du personnel	Disponibilité	Autres exigences		
Pédopsychiatrie	1 pédopsychiatre (50%)	120/60 min			Mandats d'expertise pour les situations médico-légales Coopération avec les services de détention et de probation
Psychiatrie adulte					
Psychogériatrie					
Démence					

Vert=remplie, jaune=partiellement remplie, rouge=non remplie

HUG

	Structure du personnel	Disponibilité	Autres exigences
Pédopsychiatrie		<120 min	
Psychiatrie adulte			
Psychogériatrie			
Démence			

Vert=remplie, jaune=partiellement remplie, rouge=non remplie

6.5 Attribution des prestations de psychiatrie et projet de liste

En tenant compte des postulations reçues et du respect des critères, nous avons suivi la méthodologie suivante :

- 1) Nous refusons aux établissements les groupes de prestations pour lesquels ils ne respectent pas les critères qualité spécifiques.
- 2) Nous attribuons les groupes en fonction de la proximité géographique et en cherchant à concentrer les groupes de prestations au sein d'un nombre réduit d'établissements.
- 3) Nous attribuons ensuite les groupes en fonction de certaines spécialités des établissements :
 - a. L'espace abC prend uniquement en charge les patients de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte souffrant de troubles alimentaires (anorexie, boulimie).
 - b. Comme l'évaluation des besoins se base sur l'âge et non sur les types de pathologie, certains cas peuvent nécessiter une hospitalisation dans un établissement psychiatrique universitaire, raison pour laquelle un nombre de journées est également accordé à HUG.
- 4) Les prestations pour lesquelles 1 seul établissement n'arrive pas à fournir le volume sont partagées entre plusieurs établissements

Le tableau suivant représente le résultat de l'attribution des groupes de prestations. Les chiffres indiqués sont des volumes de journées d'hospitalisations par année. Selon le TAF, la planification des soins est conforme aux besoins si elle « couvre les besoins – mais pas plus que ceux-ci »⁴². Pour un groupe donné, l'addition des volumes attribués aux différents établissements correspond donc aux besoins évalués et publiés dans le rapport sur les besoins⁴³.

⁴² Tribunal administratif fédéral, Contestation de la liste hospitalière Psychiatrie des Grisons par le canton de Zurich, (C-6266/2013), 23 juillet 2014

⁴³ DSA, Evaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2015, 28.05.2014

	H-JU	SPJBB	CNP	Espace abC	HUG	Besoins évalués 2020
Pédopsychiatrie		784	720	180	100	1784
Psychiatrie adulte		5'500	2'880	180	500	10033
Psychogériatrie	2183		1440		20	3643
Démence	1051		1440		20	2511

Vert= prestation attribuée, hachuré= prestation attribuée mais ne respecte pas tous les critères, rouge=non attribuée

Les volumes n'ont été pris en compte que pour l'attribution des prestations. Le nombre de journées mentionné est une estimation et ne constitue ni un nombre minimum de journées à réaliser pour les patients jurassiens ni un nombre maximum de journées pouvant être réalisées par l'établissement en question.

Afin de répondre aux besoins estimés, des journées d'hospitalisation ont été attribuées à l'H-JU alors qu'il ne respecte pas tous les critères, en particulier la dotation en médecins. L'H-JU devra veiller à renforcer son équipe médicale et le SSA sera particulièrement attentif à ce point.

Le total des volumes de journées proposé par les établissements soumissionnaires pour les prestations de psychiatrie adulte correspond à 9060, ce qui ne satisfait pas les besoins évalués pour 2020. Le SSA étudie actuellement les différentes possibilités d'augmenter le volume disponible.

Suivant le processus d'attribution, le SSA est parvenu à un projet de liste des hôpitaux pour les prestations de psychiatrie.

	H-JU	SPJBB	CNP	Espace abC	HUG
Pédopsychiatrie					
Psychiatrie adulte					
Psychogériatrie					
Démence					

Une fois la planification hospitalière approuvée par le Gouvernement, le DSA arrêtera la liste hospitalière définitive d'une part et négociera des mandats de prestations bilatéraux avec chaque établissement figurant sur ladite liste d'autre part. Les volumes ne seront pas pris en compte dans la négociation des mandats de prestations. Ultérieurement, il n'est pas exclu qu'en fonction des flux réels, des règles plus précises soient émises en ce qui concerne le nombre de journées d'hospitalisation pour les patients jurassiens dans les établissements figurant sur la liste.

7 Soins palliatifs spécialisés

7.1 Critères

Les critères découlent de bases légales fédérales, notamment de l'art. 39 LAMal⁴⁴ et de l'art. 58b OAMal⁴⁵, et cantonales, suivant la loi sur les établissements hospitaliers⁴⁶, art.13 et 14.

Il est important de préciser que le respect des critères ne garantissait en aucun cas à l'établissement de recevoir un mandat de prestations.

7.1.1 Exigences pour l'établissement

En plus des nombreuses informations demandées, les établissements devaient répondre à un certain nombre d'exigences. Ces exigences ont été en partie basées sur l'expérience de planification zurichois ainsi que les projets de planification valaisan et fribourgeois.

Ces exigences sont demandées aux établissements indépendamment des prestations pour lesquelles ils postulent. Elles se divisent en trois catégories :

- les exigences générales
exemples : obligation pour les établissements de prendre en charge tous les patients jurassiens dans les limites de leur mandat et de leurs capacités ou être au bénéfice d'une autorisation d'exploiter.
- les exigences de qualité
exemples : avoir un concept de qualité, d'hygiène et respect des directives sur les droits des patients.
- les exigences d'économicité
exemples : comptabilité analytique, coût par cas, etc.

7.1.2 Exigences spécifiques

Pour les soins palliatifs spécialisés, un certain nombre de critères qualité a été fixé. Ces critères sont inspirés de la stratégie nationale soins palliatifs⁴⁷ et des critères mis en place par les cantons du Valais et de Fribourg.

- Equipe pluridisciplinaire
- Directeur médical
- Médecins-cadres
- Personnel médico-soignant
- Autre services disponibles (par exemple : assistance spirituelle)
- Service de garde/de piquet
- Structures
- Installations techniques
- Offres médico-techniques et diagnostics
- Offres thérapeutiques (par exemple : physiothérapie, ergothérapie ou psychologie)

⁴⁴ LAMal, RS 832.10

⁴⁵ OAMal, RS 832.102

⁴⁶ LEH, RSJU 810.11

⁴⁷ OFSP et CDS, Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2013–2015

Le détail des différents critères se trouve dans le formulaire de postulation pour la réadaptation.

7.2 Evaluation des offres

Le SSA a reçu une postulation pour offrir des prestations de soins palliatifs spécialisés à partir de 2015. L'établissement ci-dessous a postulé :

- Hôpital neuchâtelois (HNE)

Le dossier de l'HNE a été étudié et respecte les exigences générales et spécifiques. Le Site de la Chrysalide est déjà actuellement considéré comme centre de compétence pour l'Arc jurassien pour les soins palliatifs spécialisés.

7.3 Attribution des prestations de soins palliatifs spécialisés et projet de liste

L'HNE respectant les critères, il a obtenu le nombre de lits pour lesquels il a postulé.

	HNE	Besoins évalués 2020
Soins palliatifs spécialisés	4	7

Le nombre de lits proposé par l'établissement soumissionnaire ne satisfait pas les besoins évalués pour 2020. Le SSA étudie actuellement les différentes possibilités d'augmenter le volume disponible.

Une fois la planification hospitalière approuvée par le Gouvernement, le DSA arrêtera la liste hospitalière définitive d'une part et négociera un mandat de prestation avec l'HNE pour les prestations de soins palliatifs spécialisés.

8 Chapitre incidences financières

Au vu de la charge financière importante que représentent pour le canton du Jura les hospitalisations (plus de 75 millions au budget 2014), cette analyse vise à estimer les incidences financières liées à la nouvelle planification hospitalière.

8.1 Rappel du financement hospitalier

Sans vouloir entrer dans le détail des modalités du nouveau régime de financement hospitalier, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012, il est important de rappeler que les principes généraux sont imposés au canton par la LAMal, qui a été modifiée en 2007 avec un délai de mise en application au 1^{er} janvier 2012.

Le canton du Jura doit désormais contribuer au financement des hospitalisations de tous les patients jurassiens dans les hôpitaux suisses répertoriés (publics et privés). La contribution du canton de domicile est fixée à minimum 55% du tarif de l'hôpital ou du tarif de référence fixé par le canton (si l'hôpital ne figure pas sur la liste hospitalière, qu'il ne s'agit pas d'une urgence et que le tarif de l'hôpital traitant est plus élevé que le tarif de référence).

Les tarifs des établissements sont négociés entre les établissements et les assureurs et sont approuvés par les Cantons (qui fixent les tarifs en cas d'échec des négociations).

Pour les prestations de réadaptation et de psychiatrie, un tarif journalier est négocié tandis que pour les prestations de soins somatiques aigus, la valeur du point DRG est négociée. Le prix relatif de chaque DRG⁴⁸ (cost-weight) est quant à lui fixé uniformément pour l'ensemble de la Suisse. Ainsi dans ce domaine, la comparaison des prix et donc la concurrence sur le prix sont facilitées entre les établissements.

Il est encore important de rappeler que les cantons peuvent également accorder un financement spécifique pour les prestations d'intérêt général. Il s'agit de financer les prestations n'étant pas attribuées directement aux patients (ex : surcoût lié aux hôpitaux multisite, maintien de capacité pour raison de politique régionale, formation universitaire, etc.). Les prestations d'intérêt général ne sont pas directement liées à la planification hospitalière, elles ne sont pas prises en considération dans les estimations ci-dessous⁴⁹. Ces prestations sont financées par les cantons seuls.

8.2 Marge de manœuvre des cantons

L'estimation des incidences financières liées à la planification hospitalière dépend de nombreux facteurs. Les variables suivantes auront notamment de l'influence :

- Les volumes des différents types de prestations dont la population aura besoin
- Le choix de l'hôpital par le patient (intra ou extra-cantonal ; sur la liste ou non)
- Le tarif des établissements

⁴⁸ Il existe plus de mille codes SwissDRG différents correspondant à l'ensemble des prestations fournies sur la base des diagnostics et des traitements effectués. Le code DRG est déterminé à la sortie du patient. Un cost-weight est attribué à chaque DRG afin de déterminer son coût relatif. Les cost-weight sont calculés sur la base d'un coût par cas d'un échantillon d'hôpitaux.

⁴⁹ Pour la RCJU le montant des PIG attribué annuellement à l'H-JU est de 13.2 millions de francs de 2012 à 2015, avec une réduction progressive dès 2016.

- Le tarif de référence jurassien

Le volume des prestations aura une incidence très importante sur les montants à charge du canton ces prochaines années. En effet, le tableau ci-dessous, basé sur le rapport sur l'évaluation des besoins, indique l'évolution du volume des prestations entre 2010 et 2020 (nombre de cas pour les prestations aiguës et nombre de journées pour les prestations de réadaptation et de psychiatrie) :

2020	Soins aigus	Réadaptation	Psychiatrie
Nombre de cas	10'469		
Nombre de journées		38'296	17'971
Variation 2010-2020	+ 12%	+ 24%	+13.6%

Ainsi, malgré tous les efforts qui seront mis en place pour réduire les incidences financières des hospitalisations, l'augmentation du volume de cas aura forcément un impact à la hausse des charges pour les finances cantonales.

Les tarifs des hôpitaux joueront également un rôle. Ceux-ci sont négociés entre assureurs et hôpitaux et doivent être approuvés par les cantons. Si les assureurs et les hôpitaux ont pu se mettre d'accord, le canton ne peut refuser l'approbation que s'il constate d'importants problèmes, par exemple le non-respect des règles d'économicité.

Le libre choix de l'hôpital, garanti par la LAMal, est important à rappeler car indépendamment de la planification hospitalière, les patients pourront continuer de choisir l'établissement dans lequel ils souhaitent être traités. Cependant, le risque d'avoir à assumer une partie des coûts si l'hôpital ne figure pas sur la liste jurassienne et que le tarif de l'établissement est plus élevé que le tarif de référence pourrait être dissuasif pour une partie des patients, notamment s'ils ne disposent pas d'une assurance pour les hospitalisations dans toute la Suisse (assurance complémentaire régie par la LCA).

Finalement, le choix de l'hôpital sera un élément déterminant pour la maîtrise des incidences financières. Le DSA souhaite que la population et les médecins jurassiens se basent sur la liste pour déterminer quel établissement a reçu un mandat du canton pour telle prestation. Dans ce sens, le DSA espère pouvoir influencer le choix de l'hôpital et plus particulièrement promouvoir les établissements situés sur le territoire cantonal. La communication qui sera mise en place suite à l'adoption de la planification et de la liste sera ainsi primordiale.

8.3 Méthode pour l'estimation des incidences financière liées à la planification

La méthode retenue pour l'estimation des incidences financières est la suivante :

- Décrire la situation actuelle (données statistiques 2013).
- Appliquer les coûts moyens 2013 par cas (pour les soins aigus) et par journée (pour la réadaptation et la psychiatrie) aux données issues de la planification 2020 (selon les attributions définies par la liste 2015).
- Comparer les projections financières de la planification hospitalière à l'horizon 2020 si elle était mise en œuvre telle qu'imaginée par rapport à un statu quo.

8.3.1 Situation actuelle (chiffres 2013)

Nombre de cas

Selon les comptes 2013 (arrondi), le coût des hospitalisations des patients jurassiens est de **76 millions** pour le canton du Jura, dont 45 millions⁵⁰ pour les hospitalisations intracantonales et 31 millions pour les hospitalisations extracantonales.

Pour les hospitalisations dans les établissements jurassiens, on dénombre 6'388 patients hospitalisés en soins aigus, 466 en psychiatrie (10'010 journées) et 1'330 en réadaptation (30'933 journées). Pour les hospitalisations hors-canton, selon les statistiques provisoires 2013⁵¹, 3'710⁵² patients jurassiens ont été hospitalisés dans des établissements hors-canton cette année-là et 1'585 d'entre eux ont été traités dans un hôpital universitaire. Parmi ces 3'710 cas, on comptabilise 779⁵³ cas limités au tarif de référence, dont 138 pour les établissements universitaires. Il s'agit donc de cas qui auraient pu être pris en charge dans un établissement jurassien (ou figurant sur la liste).

Coût moyen à charge du canton (55%)

Les coûts moyens à charge du canton correspondent à 55% du tarif. Ils sont déterminés « par cas » pour les prestations de soins aigus et « par journée » pour les prestations de réadaptation et de psychiatrie. Les chiffres déterminant pris en considération pour l'estimation des incidences financières proviennent des données 2013.

Dans les établissements jurassiens, le coût moyen pour les prestations de soins somatiques aigus est de CHF 4'642.- par cas ; pour la psychiatrie de CHF 380.- par jour et pour la réadaptation de CHF 401.- par jour.

Pour les établissements hors canton, les coûts moyens pris en considération sont les suivants : **CHF 11'499.-/cas** pour les prestations dans les hôpitaux universitaires ; et **CHF 6'672.-/cas** pour les non-universitaires. Les coûts par journée sont d'environ CHF 350.- pour la psychiatrie et de CHF 500.- pour la réadaptation.

8.3.2 Répartition des hospitalisations selon la planification 2020

La planification 2020, basée sur l'évaluation des besoins à l'horizon 2020 et la liste hospitalière 2015, peut être résumée de la manière suivante :

Soins aigus :

	Nombre de cas 2013	Nombre de cas attribués 2020	Evolution
Hôpitaux jurassiens	6'388	8'314	+30%
Hors canton	3'710	2'155	-42%
<i>Universitaires</i>	1'585	756	-52%
<i>Hôpitaux généraux</i>	2'125	1'399	-34%
Totaux	10'098	10'469	+4%

⁵⁰ HJU : 44 mio ; CleN et Cigognes : 1mio

⁵¹ Statistiques provisoires 2013, selon eHGP et GEFI

⁵² Dont 509 à l'Hôpital du Jura bernois SA

⁵³ Ce chiffre ne tient pas compte des patients hospitalisés à l'Hôpital du Jura bernois qui auraient pu être traités à l'Hôpital du Jura. Par ailleurs, les statistiques ne sont pas toujours correctes lorsque le tarif de l'hôpital est plus bas que le tarif de référence, ces cas ne sont pas toujours répertoriés.

Réadaptation :

	Nbre de journées 2013	Nbre de journées attribuées 2020	Evolution
Hôpitaux jurassiens	30'933	34'225	+11%
Hors canton	3'780	4'071	+8%
Totaux	34'713	38'296	+10%

Psychiatrie :

	Nbre de journées 2013	Nbre de journées attribuées 2020	Evolution
Hôpitaux jurassiens	10'010	3'234	-68%
Hors canton	7'265	13'764	+89%
Totaux	17'275	16'998⁵⁴	-2%

Soins palliatifs

Les incidences financières liées aux soins palliatifs sont marginales et les bases nécessaires pour estimer ne sont pas disponibles actuellement.

8.3.3. Incidences financières de la planification hospitalière 2020

La planification hospitalière, par la liste, donne les indications d'attribution des cas de manière optimale. Il ne faut cependant pas oublier que pour toutes les situations d'urgence, une partie des cas de pédiatrie et certains autres cas particuliers, le canton ne pourra pas limiter sa participation au tarif de référence. Par ailleurs, pour ce qui concerne les hôpitaux universitaires, cela prendra certainement un certain temps de modifier les habitudes des patients et des professionnels. En effet, actuellement, plus de 1'500 patients sont hospitalisés chaque année dans un établissement universitaire et le tarif est admis pour plus de 1'300 cas. Or, selon la planification, il y a encore 400 cas supplémentaires qui peuvent être pris en charge dans un établissement non universitaire et donc pour lesquels le tarif sera limité au tarif de référence (prise en charge partielle par le canton).

Considérant ce qui précède, trois scénarios ont été élaborés pour déterminer les incidences financières estimées à l'horizon 2020. Seules les quantités ont été modifiées, les coûts moyens restant identiques à 2013 dans les projections car ils pourront varier aussi bien à la hausse qu'à la baisse dans les prochaines années :

- **Scénario 1 « idéal »** qui tient compte strictement de la liste (sans tenir compte des urgences et autres situations spéciales).
- **Scénario 2 « intermédiaire »** qui tente de se rapprocher de la réalité
- **Scénario 3 « pessimiste »** qui pourrait être la situation si l'on ne faisait pas de planification hospitalière.

⁵⁴ Ce chiffre ne tient pas compte des 973 journées qui n'ont pas pu être attribuées

IDEAL	Nbre de cas		Coût moyen par cas		En CHF
Soins aigus	JU	Hors JU	JU	Hors JU	
Universitaires		756		11'499	8'693'244
Hôpitaux de soins généraux	8'314	1'399	4'642	6'672	47'927'716
	Nbre de jours		Coût moyen par jour		
	JU	Hors JU	JU	Hors JU	
Psychiatrie	3'234	13'764	380	350	6'046'320
Réadaptation	34'225	4'071	339	500	13'637'775
TOTAL					76'305'055

INTERMEDIAIRE	Nbre de cas		Coût moyen par cas		En CHF
Soins aigus	JU	Hors JU	JU	Hors JU	
Universitaires		1'400		11'499	16'098'600
Hôpitaux de soins généraux	7'351	1'718	4'642	6'672	45'585'838
	Nbre de jours		Coût moyen par jour		
	JU	Hors JU	JU	Hors JU	
Psychiatrie	3'234	13'764	380	350	6'046'320
Réadaptation	32'579	5'717	339	500	13'902'781
TOTAL					81'633'539

PESSIMISTE	Nbre de cas		Coût moyen par cas		En CHF
Soins aigus	JU	Hors JU	JU	Hors JU	
Universitaires		1'711		11'499	19'674'789
Hôpitaux de soins généraux	6'388	2'366	4'642	6'672	45'439'048
	Nbre de jours		Coût moyen par jour		
	JU	Hors JU	JU	Hors JU	
Psychiatrie	3'234	13'764	380	350	6'046'320
Réadaptation	30'933	7'363	339	500	14'167'787
TOTAL					85'327'944

Au total, selon les chiffres à notre disposition, le montant à charge du canton pour les hospitalisations à l'horizon 2020 se situera entre **CHF 76.3 millions et CHF 85.3 millions**, soit une augmentation globale de la charge pour le canton comprise en **0 et 12% par rapport aux chiffres 2013**.

8.4 Conclusion

La planification hospitalière est donc un outil indispensable, mais pas suffisant, pour permettre un suivi et un contrôle des hospitalisations. Mais dans tous les cas, le nombre d'hospitalisations va s'accroître ces prochaines années et la marge de manœuvre des cantons pour limiter les impacts financiers est très restreinte comme indiqué au chapitre 8.2.

D'importants efforts devront être réalisés pour limiter le nombre d'hospitalisations dans les hôpitaux universitaires, pour exercer une surveillance marquée des hospitalisations extérieures, que ce soit par l'examen des demandes de garanties de paiement ou par le contrôle des factures.

L'implication des établissements jurassiens, par un travail d'optimisation de leurs prestations (choix des prestations offertes et efficacité, donc travail sur la stratégie, la qualité des prestations et l'efficacité de l'organisation) s'avérera particulièrement importante pour ces prochaines années.

Et pour terminer, la communication auprès de la population, via les médias, les médecins et les hôpitaux sera primordiale afin que les patients recourent le plus possible aux prestations disponibles sur territoire cantonal.

9 Consultation et suite du projet

Une version provisoire du présent rapport a fait l'objet d'une consultation auprès des établissements participants et des cantons dans lesquels les établissements ayant postulé ont leur siège (BE, BL, BS, FR, GE, NE, VD, VS) du 22 octobre au 21 novembre 2014. Le rapport provisoire était également disponible librement sur le site Internet du SSA.

Le SSA a pris note des différentes prises de position et a élaboré le rapport définitif, lequel a été soumis au Conseil de la santé publique, qui l'a approuvé lors de sa séance du 25 novembre 2014.

Après approbation de la planification hospitalière par le Gouvernement (art. 8, LEH⁵⁵), la liste des hôpitaux (article 10, LEH) permettront la finalisation des mandats de prestations (art. 11, LEH) à négocier entre les établissements et le DSA. L'entrée en vigueur de la nouvelle planification hospitalière est prévue pour le 1^{er} janvier 2015. La liste définitive sera publiée dans le Journal officiel et sera également disponible sur le site Internet du SSA.

L'aspect de la communication sera essentiel afin d'atteindre les objectifs fixés, à savoir la qualité des prestations offertes à la population jurassienne et la maîtrise des charges cantonales (55% du tarif LAMal). Afin de réaliser au mieux cette nouvelle planification, il est important que celle-ci soit communiquée à la fois au public et aux professionnels.

⁵⁵ LEH, RSJU 810.11

