



L'initiative sur les sites hospitaliers et les contre-projets

Table des matières

1.	Synthèse	3
2.	Contexte	3
2.1	Genèse	3
2.2	Travail de la commission dans la perspective de la session de juin 2016	3
3.	Rappel : principales prescriptions légales et réglementaires en vigueur	4
4.	Comparaison des éléments essentiels de l'initiative sur les sites hospitaliers et des contre-projets du Conseil-exécutif et des membres du Grand Conseil	5
4.1	Principales similitudes entre toutes les propositions	5
4.2	Principales différences entre toutes les propositions	5
4.3	Principaux résultats de la consultation	7
4.3.1	Avantages par rapport au droit en vigueur	7
4.3.2	Inconvénients par rapport au droit en vigueur	7
4.3.3	Répercussions sur le <i>personnel</i>	7
4.3.4	Répercussions sur l' <i>infrastructure</i>	8
4.3.5	Répercussions sur les <i>finances</i>	8
4.3.6	Répercussions sur les <i>prestations offertes</i>	8
4.3.7	Répercussions sur la <i>qualité</i> des prestations	8
4.3.8	Répercussions sur l' <i>économicité</i> des prestations	8
4.3.9	Répercussions sur la <i>compétitivité</i> des fournisseurs des prestations	8
5.	Position de la CSoc au sujet de l'initiative sur les sites hospitaliers et des contre-projets du Conseil-exécutif et du Grand Conseil	8
6.	Contre-projet de la Commission de la santé et des affaires sociales	9
6.1	Contexte	9
6.2	Caractéristiques de la modification de loi proposée	10
6.3	Commentaire des articles du contre-projet	10
7.	Propositions	12
8.	Annexe : terminologie de l'initiative sur les sites hospitaliers et des contre-projets	13

Rapport

présenté par la Commission de la santé et des affaires sociales au Grand Conseil

relatif à l'initiative sur les sites hospitaliers et les contre-projets

1. Synthèse

Le Grand Conseil a traité l'initiative sur les sites hospitaliers et le contre-projet du Conseil-exécutif pour la première fois lors de la session de novembre 2015. Peu avant la session, deux contre-projets émanant du parlement ont été déposés : l'un de Pierre-Alain Schnegg, Thomas Knutti et Walter Sutter et l'autre du groupe PS-JS-PSA. Sur proposition de la Commission de la santé et des affaires sociales (CSoc), le Grand Conseil a renvoyé l'initiative sur les sites hospitaliers et les deux contre-projets issus de ses propres rangs à la CSoc en la chargeant d'étudier leurs effets matériels et financiers.

La CSoc a réuni les conclusions de ses travaux et motive ses propositions au Grand Conseil dans le présent rapport.

Après un examen minutieux, la majorité de la CSoc est toujours d'avis qu'il faut rejeter et l'initiative sur les sites hospitaliers et le contre-projet du Conseil-exécutif. La majorité de la commission recommande également de rejeter les contre-projets issus du Grand Conseil.

En même temps, la CSoc présente un nouveau contre-projet de son cru. La majorité de la commission recommande au Grand Conseil d'adopter ce contre-projet.

2. Contexte

2.1 Genèse

L'initiative législative sur les sites hospitaliers a été déposée le 21 janvier 2014 munie de 25 945 signatures valables. Le 12 février 2014, le Conseil-exécutif constatait l'aboutissement de l'initiative populaire.

Le Conseil-exécutif a soumis l'affaire au Grand Conseil par arrêté du 12 août 2015. Dans cet ACE, il proposait de déclarer l'initiative sur les sites hospitaliers valable. Sur le fond, il proposait de la rejeter et d'adopter une révision partielle de la loi sur les soins hospitaliers.

Lors de séance du 18 août 2015, la Commission de la santé et des affaires sociales (CSoc) a préavisé l'affaire à l'intention du Grand Conseil. La CSoc estimait aussi que l'initiative devait être déclarée valable. Sur le fond, elle proposait au Grand Conseil de rejeter tant l'initiative sur les sites hospitaliers que le contre-projet du Conseil-exécutif. Par la suite, le Conseil-exécutif a recommandé au Grand Conseil de rejeter également son propre contre-projet.

Cette affaire a été présentée au Grand Conseil pour la première fois lors de la session de novembre 2015. Ce n'est que peu avant la session que deux contre-projets émanant du parlement ont été déposés. La CSoc a proposé au Grand Conseil de lui renvoyer l'affaire afin de pouvoir étudier attentivement ses répercussions matérielles et financières. Le Grand Conseil s'est rallié à cette proposition le 24 novembre 2015 par 122 voix contre 22 et deux abstentions¹.

2.2 Travail de la commission dans la perspective de la session de juin 2016

Depuis la session de novembre 2015, la CSoc a consacré trois séances de section et trois séances plénières à l'examen approfondi de l'initiative sur les sites hospitaliers et des deux contre-projets. Elle a demandé des éclaircissements détaillés à la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP) et a consulté les institutions concernées (cf. chapitre 4.3). Elle a également entendu le comité d'initiative et les députés à l'origine des contre-projets. La CSoc présente le fruit de ces travaux et ses propositions au Grand Conseil dans le présent rapport.

Sur le fond, la CSoc a minutieusement étudié les points communs, les différences et les conséquences de l'initiative sur les sites hospitaliers et des contre-projets de Messieurs Schnegg, Knutti et Sutter ainsi que du groupe PS-JS-PSA en incluant dans sa réflexion le contre-projet du Conseil-exécutif comme le droit en vigueur. La commission s'est également demandé si elle souhaitait présenter son propre contre-projet au Grand Conseil et le cas échéant, quels éléments devraient y figurer pour qu'il s'intègre dans la logique de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)² et de la loi sur 13 juin 2013 sur les soins hospitaliers (LSH)³. Une fois tous les éléments réunis, la commission a finalement décidé de présenter au Grand Conseil son propre contre-projet, lequel prévoit une révision partielle de la loi sur les soins hospitaliers.

¹ Journal du Grand Conseil 2015, p. 1306-1324.

² RS 832.10

³ RSB 812.11

3. Rappel : principales prescriptions légales et réglementaires en vigueur⁴

Les cantons élaborent une **planification hospitalière**. Celle-ci leur sert à prévoir les institutions nécessaires (p. ex. hôpitaux et maisons de naissance) pour pouvoir couvrir les besoins de leur population en traitements hospitaliers⁵.

Les cantons élaborent ensuite une **liste des hôpitaux** à partir de cette planification. Sur cette liste figurent tous les hôpitaux avec les différentes prestations nécessaires pour couvrir les besoins de la population du canton concerné en traitements hospitaliers. La liste des hôpitaux du canton de Berne inventorie les **mandats de prestations**, arrêtés par le Conseil-exécutif sur la base de la planification des soins⁶, pour les fournisseurs de prestations mentionnés avec les traitements proposés. Pour se voir attribuer un mandat de prestations sur la liste des hôpitaux du canton de Berne, les hôpitaux doivent garantir une assistance médicale suffisante et disposer du personnel spécialisé nécessaire, avoir les équipements médicaux adéquats et couvrir les besoins de la population conformément à la planification cantonale.

Il est tout aussi important pour un hôpital de figurer sur la liste des hôpitaux que de disposer d'un mandat de prestations adéquat car les deux conditions doivent être réunies pour pouvoir **facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins**. Avoir un mandat de prestations signifie cependant aussi que le traitement **doit être proposé**. Les mandats de prestations ne peuvent pas être mis de côté.

Le canton et les assureurs se partagent les coûts des prestations portées à la charge de l'assurance obligatoire des soins, à raison d'au moins 55 pour cent pour le canton. Ce sont les cantons qui fixent le taux exact de leur participation aux coûts. Ce système est valable dans toute la Suisse ; les hôpitaux et les assureurs conviennent de la tarification. Le canton n'est pas partie au contrat. Il approuve cependant la convention tarifaire ou fixe un tarif si les parties n'arrivent pas à s'entendre. L'autorité de recours est le Tribunal administratif fédéral. Les hôpitaux qui offrent des prestations sans mandat de prestations doivent en supporter les coûts sans aucune participation de l'assurance obligatoire et du canton.

⁴ Cf. pour le tout essentiellement la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10), l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) et la loi du 13 juin 2013 sur les soins hospitaliers (LSH).

⁵ « Sont réputés traitements hospitaliers pour des examens, des traitements et des soins à l'hôpital ou dans une maison de naissance au sens de l'art. 49, al. 1, de la loi, les séjours :

- a. d'au moins 24 heures ;
- b. de moins de 24 heures au cours desquels un lit est occupé durant une nuit ;
- c. à l'hôpital, en cas de transfert dans un autre hôpital ;
- d. dans une maison de naissance en cas de transfert dans un hôpital ;
- e. en cas de décès. »

(Cf. Swiss DRG, Règles et définitions pour la facturation des cas selon SwissDRG, http://www.swissdrg.org/assets/pdf/Tarifdokumente/150706_SwissDRG_Falldefinitionen_v5_f.pdf, page consultée le 11.04.2016).

⁶ En vertu de l'art. 6 s. LSH, le canton de Berne ne met pas seulement au point une planification hospitalière mais aussi une planification des soins qui va au-delà des prestations hospitalières.

Les offres qui ne répondent pas aux besoins et qui ne sont maintenues que pour des raisons de politique régionale ne peuvent pas être comptabilisées dans les coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Lorsque des cantons donnent des mandats de prestations pour des raisons de politique régionale, ils doivent donc en assumer intégralement les coûts. Jusqu'à présent, le canton de Berne ne dispose d'aucune base prévoyant le maintien d'offres de prestations pour des raisons de politique régionale et leur financement au moyen de fonds cantonaux.

Lors de **l'élaboration de la liste des hôpitaux**, les cantons doivent veiller en particulier aux **critères** suivants : économicité et qualité de la fourniture de prestations, accès des patients et des patientes au traitement dans un délai utile ainsi que disponibilité et capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations. Lors de l'examen de l'économicité et de la qualité, les cantons prennent notamment en considération l'efficacité de la fourniture des prestations, la preuve de la qualité nécessaire et, dans le domaine hospitalier, le nombre minimum de cas et l'exploitation des synergies. Le canton de Berne compare la qualité des structures, des processus et des résultats. Pour évaluer l'économicité de la fourniture de prestations, le canton effectue des comparaisons de coûts par cas pondérés. Et l'accès dans un délai utile est réputé garanti quand l'hôpital le plus proche peut être atteint en 30 minutes au maximum par 80 pour cent de la population de la région et se trouve à 50 kilomètres de route au maximum du centre des communes de la région.

Depuis 2014, le Conseil-exécutif du canton de Berne structure la liste des hôpitaux d'après les Groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH)⁷ recommandés par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), et que la majorité des cantons utilise. Les GPPH répartissent les traitements en groupes de prestations et définissent les exigences à satisfaire pour qu'un mandat de prestations puisse être accordé pour un groupe de prestations particulier. Les exigences définies se rapportent en particulier à l'équipement du service d'urgences de l'établissement. 20 groupes de prestations sont considérés comme des soins de base et constituent ce que l'on appelle le « paquet de base ». Les sites hospitaliers qui ont reçu un mandat de prestations pour le paquet de base chirurgie et médecine interne doivent disposer d'un service des urgences de degré 1 au minimum selon les GPPH.

Les cantons ont pour mission de garantir la couverture en soins de santé. Certaines offres sont **nécessaires pour assurer la couverture en soins** soit parce qu'il n'y a pas d'autres hôpitaux dans la zone géographique, soit parce que certaines prestations n'y sont offertes que sur un seul site. En vertu d'arrêtés du Conseil-exécutif du canton de Berne, un site hospitalier est nécessaire pour assurer la couverture en soins lorsqu'il remplit toutes les conditions suivantes :

- il peut être atteint en 30 minutes au maximum par 80 pour cent de la population de la région ;
- il se trouve à 50 kilomètres de route au maximum du centre des communes de la région ;

⁷ Cf. <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=623&L=1> (consulté le 11.04.2016).

- il est conforme aux besoins, c'est-à-dire que les patients et patientes potentiels de son rayon d'activité ont effectivement recours à son offre de prestations – accessible selon les critères ci-dessus.

Le principal critère pour qualifier un site hospitalier de nécessaire à la couverture en soins est celui de l'accessibilité. La conformité aux besoins, la qualité et l'économicité sont secondaires. Les offres de prestations nécessaires à la couverture en soins doivent par ailleurs satisfaire aux exigences du groupe de prestations concerné (infrastructure nécessaire, personnel qualifié, disponibilités, etc.). Faute de quoi la sécurité des patients et des patientes et l'égalité seraient menacées.

Les sites nécessaires à la couverture en soins doivent pouvoir proposer une offre de base dans les domaines des soins hospitaliers et des urgences. Comme le canton de Berne applique les groupes de prestations pour la planification hospitalière, les hôpitaux nécessaires à la couverture en soins doivent fournir au moins les prestations du paquet de base⁸.

Dans le canton de Berne, les prestations de base fixes (p. ex. personnel du service des urgences qui doit se tenir prêt à intervenir à n'importe quelle heure) peuvent être financées au moyen du crédit approuvé par le Grand Conseil.

4. Comparaison des éléments essentiels de l'initiative sur les sites hospitaliers et des contre-projets du Conseil-exécutif et des membres du Grand Conseil⁹

4.1 Principales similitudes entre toutes les propositions

Le contre-projet du Conseil-exécutif comme celui de Messieurs Schnegg, Knutti et Sutter et celui du groupe PS-JS-PSA reprennent la liste des **sites hospitaliers** figurant dans l'initiative populaire. Toutes les propositions établissent une distinction entre les sites principaux et les sites régionaux ou locaux.

4.2 Principales différences entre toutes les propositions

Tandis que l'initiative sur les sites hospitaliers et les deux contre-projets émanant du Grand Conseil prévoient une nouvelle **loi spéciale**, le Conseil-exécutif propose une modification de la loi sur les soins hospitaliers.

Commentaire : En introduisant de nouvelles lois spéciales, on risque de créer des incohérences. En cas de conflit, on ne sait pas bien quelle loi primerait.

Dans l'initiative sur les sites hospitaliers et les contre-projets de Messieurs Schnegg, Knutti et Sutter et du groupe PS-JS-PSA, le canton de Berne est tenu de garantir que des hôpitaux soient exploités sur les sites mentionnés. Le contre-projet du Conseil-

exécutif oblige quant à lui les **centres hospitaliers régionaux** à exploiter un hôpital sur les sites mentionnés.

Commentaire : Si le canton doit garantir que des « hôpitaux publics » ou des centres hospitaliers régionaux soient exploités à des endroits précis, le droit en vigueur offre le cadre entrepreneurial, les droits de propriété et les outils de financement nécessaires.

Par contre, rien dans le droit en vigueur ne permet de contraindre un organisme non-cantonal à exploiter un hôpital, en particulier lorsque l'hôpital ne satisfait pas aux critères de la LAMal (notamment économicité, qualité, nécessité).

Dans le champ d'application du contre-projet de Messieurs Schnegg, Knutti et Sutter il est question des « **hôpitaux** », ce qui inclut aussi ceux qui ont une autorisation d'exploiter mais pas de mandat de prestations et qui ne figurent donc pas sur la liste des hôpitaux. L'initiative sur les sites hospitaliers se réfère aux « **hôpitaux publics** », c'est-à-dire aux hôpitaux dirigés par le canton ou lui appartenant¹⁰. Le contre-projet du groupe PS-JS-PSA réclame un **hôpital satisfaisant aux exigences imposées aux hôpitaux répertoriés** par site. Le contre-projet du Conseil-exécutif prévoit que les prestations soient fournies par un **centre hospitalier régional**, sauf si un hôpital offre déjà les prestations demandées sur le site en question.

Commentaire : D'après l'initiative sur les sites hospitaliers, les prestations mentionnées doivent être fournies par un hôpital public ; d'après le contre-projet de Messieurs Schnegg, Knutti et Sutter et celui du groupe PS-JS-PSA, un hôpital privé pourrait aussi s'en charger. De facto, les sites régionaux n'ont cependant jamais eu plus d'un fournisseur de prestations (public). Penser qu'un hôpital privé verrait le jour sur un site régional n'est pas réaliste.

Concernant la **gamme des prestations sur les sites principaux**, l'initiative sur les sites hospitaliers et le contre-projet de Messieurs Schnegg, Knutti et Sutter ne proposent pas de réglementation. Les contre-projets du Conseil-exécutif et du groupe PS-JS-PSA précisent en revanche que les sites principaux doivent proposer en particulier des prestations de médecine interne, chirurgie, gynécologie/obstétrique et le traitement des urgences dans tous les domaines. **Sur les sites régionaux ou locaux**, l'initiative sur les sites hospitaliers et le contre-projet de Messieurs Schnegg, Knutti et Sutter réclament en particulier des prestations de médecine interne, chirurgie, gynécologie/obstétrique dans la mesure où elles étaient déjà proposées jusque-là (initiative) ou proposées avant le 1^{er} novembre 2015 (députés Schnegg, Knutti, Sutter). Les deux projets conservent la fourniture de soins aigus somatiques d'urgence 24 heures sur 24, Messieurs Schnegg, Knutti et Sutter précisant toutefois que cela s'applique aux domaines médecine interne, chirurgie, gynécologie/obstétrique dans les hôpitaux que le Conseil-exécutif a déclarés nécessaires à la couverture en soins. De leur côté, les contre-projets du Conseil-exécutif et du groupe PS-JS-PSA réclament en particulier

⁸ Cf. ACE 814/2013 (19.6.2013) : rapport « Neuoperationalisierung der Zugänglichkeit mit einer ergänzenden Distanzkomponente » du 12.06.2013.
<http://www.rr.be.ch/etc/designs/gr/media.cdwbinary.RRDOKUMENTE.acq/ac564a1a93334c98bf77a8c185c171fb-332/1/PDF/2013.RRGR.11045-Beilage-DF-66367.pdf> (consulté le 11.04.2016).

⁹ Pour les termes utilisés dans ce texte, voir les définitions détaillées données en annexe.

¹⁰ Vgl. Rütsche, Bernhard (2014). *Rechtsgutachten - Übereinstimmung der Berner Spitalstandort-initiative vom 21. Januar 2014 mit übergeordnetem Recht und kantonalem Gesetzesrecht*. Lucerne, n. 26.

que les sites régionaux ou locaux fournissent des prestations de médecine interne et de chirurgie et assurent les urgences dans tous les domaines.

Commentaire (pour le tout, se reporter à l'annexe) :

Dans l'initiative sur les soins hospitaliers et le contre-projet de Messieurs Schnegg, Knutti et Sutter, les « soins d'urgence » sont compris comme une capacité de traitement ou une disponibilité illimitée pour toute la gamme de prestations et correspondent donc au « traitement des urgences ». Dans le contre-projet du Conseil-exécutif et celui du groupe PS-JS-PSA en revanche, on entend par « admission des urgences » un accès illimité 24 heures sur 24 et 365 jours par an aux premiers soins et éventuellement un transfert. Dans l'initiative sur les soins hospitaliers, les urgences psychiatriques sont explicitement exclues des « soins aigus somatiques d'urgence ».

Les prestations offertes sur un site ont une influence sur l'équipement du service des urgences de l'établissement en question (cf. chap. 4). Les nouveaux étant particulièrement fragiles et les naissances ne pouvant pas être programmées contrairement à d'autres interventions, l'obstétrique est le domaine le plus exigeant pour un service des urgences (degré 4). Les exigences à satisfaire pour les soins du paquet de base (médecine interne et chirurgie) sont en revanche plus modestes (degré 1). L'équipement du service des urgences se répercute sur les besoins en personnel et le niveau des investissements, des prestations de base fixes et des coûts.

La réglementation prévue par l'initiative sur les sites hospitaliers au sujet des sites régionaux signifie qu'il faut rouvrir les maternités de Riggisberg et de Zweisimmen – d'après les groupes de prestations pour la planification hospitalière, il faudrait développer les services d'urgences (degré 4). Il faut aussi rouvrir le service des urgences de Langnau.

Selon les règles prévues par Messieurs Schnegg, Knutti et Sutter pour les sites régionaux, Zweisimmen et Frutigen – sites nécessaires à la couverture en soins – doivent offrir des prestations qui vont au-delà du paquet de base (médecine interne et chirurgie avec service des urgences) ainsi que les prestations gynécologiques et obstétriques, comme les sites principaux. Il faudrait donc rouvrir la maternité de Zweisimmen et développer les services d'urgence associés afin qu'ils satisfassent aux exigences de degré 4.

Les contre-projets du Conseil-exécutif et du groupe PS-JS-PSA n'impliquent pas la réouverture de services récemment fermés et n'exigent des sites régionaux que le paquet de base en médecine interne et chirurgie, ce qui signifie que les services d'urgences sont soumis à des exigences moins élevées (degré 1).

D'après l'initiative sur les sites hospitaliers, le Grand Conseil décide des retouches à apporter **au paysage hospitalier** tous les huit ans, sur la base du rapport que lui adresse le Conseil-exécutif et des adaptations qu'il lui propose, dans un arrêté soumis au référendum facultatif. Messieurs Schnegg, Knutti et Sutter demandent que le Conseil-exécutif présente un rapport et une stratégie des hôpitaux tous les six ans et soumette des propositions au Grand Conseil ; les arrêtés du Grand Conseil sur les

éventuelles modifications sont soumis au référendum facultatif. D'après le contre-projet du Conseil-exécutif, les centres hospitaliers régionaux peuvent se manifester (à tout moment) auprès de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale si, après avoir épuisé toutes leurs possibilités opérationnelles et légales, ils ne parviennent plus à garantir l'exploitation. La Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale demande au Conseil-exécutif de prendre les mesures nécessaires. Enfin, la loi spéciale du contre-projet du groupe PS-JS-PSA expire six ans après son entrée en vigueur, le Grand Conseil pouvant toutefois décider de la reconduire. Avant l'échéance du délai de six ans, le Conseil-exécutif doit présenter un rapport au Grand Conseil.

Commentaire : Ni l'initiative sur les sites hospitaliers ni les contre-projets n'indiquent quelle doit être la teneur exacte de ce rapport. La stratégie des hôpitaux proposée par Messieurs Schnegg, Knutti et Sutter ne se démarque pas non plus clairement de la planification des soins et de la stratégie de propriété.

L'initiative sur les sites hospitaliers et les deux contre-projets issus du parlement instaurent un droit au financement des prestations convenues sur les sites mentionnés mais ne disent rien sur le **financement et ses modalités**. Dans le contre-projet du Conseil-exécutif, le droit au financement ne concerne que les prestations de base fixes dictées par des raisons de politique régionale. C'est le Conseil-exécutif qui accorde ces moyens financiers. Concernant les modalités de financement, le contre-projet du Conseil-exécutif propose deux variantes (fonds alimenté par un pourcentage des indemnités versées par les assurances complémentaires ; fonds alimenté par une hausse de la quotité d'impôt).

Commentaire : Etant donné que l'initiative sur les sites hospitaliers et les contre-projets issus du Grand Conseil créent des droits sans pour autant régler le financement et ses modalités, il faut se référer au droit en vigueur. Les ressources devraient être puisées dans les finances cantonales. Toutes les possibilités de financement seraient par ailleurs soumises à l'approbation de l'organe compétent en matière financière. Le financement dépendrait donc des décisions politiques du Grand Conseil et ne serait donc pas garanti d'avance.

Différents éléments de l'initiative sur les sites hospitaliers et des contre-projets peuvent avoir une incidence sur les **coûts** supportés par le canton. On peut d'emblée se demander si les prestations dont l'initiative et les contre-projets réclament le maintien répondent effectivement à un besoin. On ne peut pas simplement partir du principe que l'infrastructure et le personnel sont utilisés au maximum de leurs capacités, ce qui conduit à une hausse des prestations de base fixes. Mais comme l'initiative sur les sites hospitaliers et les contre-projets issus du Grand Conseil instaurent des droits, il faudrait mettre les ressources correspondantes à disposition. A cet égard, il faut s'attendre à des coûts bien moindres avec le contre-projet du Conseil-exécutif vu que les droits qu'il crée vont beaucoup moins loin – sans compter qu'il propose aussi des sources de financement. Le canton de Berne devra supporter des dépenses de niveau variable en fonction de la durée du moratoire définie dans les propositions (période

pendant laquelle l'offre des sites pourrait évoluer) : si le canton doit financer des prestations pendant une longue période avant de pouvoir les adapter, comme prévu dans l'initiative sur les sites hospitaliers, les coûts grimpent. Si en revanche l'offre de prestations peut être modifiée à n'importe quel moment, comme dans le contre-projet du Conseil-exécutif, les coûts sont plus bas. Enfin, l'ouverture ou la réouverture de certains services demandée dans l'initiative sur les soins hospitaliers et dans le contre-projet de Messieurs Schnegg, Knutti et Sutter (service des urgences compris) augmente considérablement les dépenses.

4.3 Principaux résultats de la consultation

Lors de sa séance du 8 décembre 2015, la CSoc a décidé de demander leur avis aux institutions concernées sur l'initiative sur les sites hospitaliers et sur les contre-projets. Les institutions suivantes ont été invitées à participer à la consultation :

- les centres hospitaliers régionaux,
- les fournisseurs de prestations dans le domaine du sauvetage,
- les associations de fournisseurs de prestations concernés,
- les associations des professions concernées,
- l'Organisation suisse des patients,
- les syndicats,
- le groupement d'intérêts consacré aux soins médicaux de base dans le canton de Berne,
- le comité d'initiative,
- les auteurs des contre-projets issus du Grand Conseil.

Les 30 institutions invitées à prendre part à la consultation ont été priées d'évaluer les avantages et les inconvénients de l'initiative sur les sites hospitaliers et des contre-projets ainsi que leurs répercussions sur le personnel, l'infrastructure, les finances, l'offre de prestations, la qualité et l'économicité des prestations et la compétitivité des fournisseurs de prestations.

Tous les centres hospitaliers régionaux à l'exception de l'Hôpital du Jura bernois, toutes les associations de fournisseurs de prestations consultées, les associations de médecins agréés et de médecins-assistants et de chefs de clinique ainsi que le Syndicat suisse des services publics (ssp) ont défendu la loi sur les soins hospitaliers en vigueur.

La Fédération des sages-femmes et la Société des médecins du canton de Berne ont approuvé l'initiative sur les sites hospitaliers. L'Hôpital du Jura bernois et le groupement d'intérêts consacré aux soins médicaux de base ont quant à eux appuyé le contre-projet de Messieurs Schnegg, Knutti et Sutter. Les contre-projets du Conseil-exécutif et du groupe PS-JS-PSA n'ont fait aucun adepte.

4.3.1 Avantages par rapport au droit en vigueur

Les participants à la consultation ont cité comme avantage par rapport au droit en vigueur le fait que les soins hospitaliers resteraient ramifiés dans les territoires.

L'obligation de financer les prestations de base fixes sécuriserait par ailleurs la planification, surtout dans les régions périphériques. Les changements permettraient aussi d'assurer l'avenir du service de garde des médecins de famille et de lieux de formation importants.

Le principal avantage de l'initiative sur les sites hospitaliers et du contre-projet de Messieurs Schnegg, Knutti et Sutter qui ressort des réponses à la consultation est le moratoire pendant lequel il serait possible d'étudier les documents de planification. En outre, les deux variantes permettraient au Grand Conseil d'exercer une influence plus contraignante sur le pilotage des soins hospitaliers.

4.3.2 Inconvénients par rapport au droit en vigueur

L'inconvénient de taille relevé pour toutes les propositions par rapport au droit en vigueur est le maintien des structures : en soi le maintien de sites et d'offres ne garantirait pas la couverture des besoins en soins de la population dans la mesure où il ne répondrait pas à une nécessité, enverrait de faux signaux, ne produirait pas toujours l'effet escompté et ne tiendrait pas compte de la mobilité des patients et des patientes. Les offres à maintenir ou à développer ne respecteraient par ailleurs pas toujours de la même manière les critères imposés par la législation fédérale, ce qui conduirait à des inégalités entre les hôpitaux. Une telle intervention dans le paysage hospitalier serait contraire à l'esprit de la législation fédérale, qui promeut la libre concurrence. L'offre ne pourrait pas s'adapter à la demande et aux progrès médicaux. Les participants à la consultation ont également estimé que toutes les propositions avaient pour inconvénient de ne pas tenir compte de la pénurie de main d'œuvre qui prévaut, qu'elles ne feraient même qu'aggraver puisque des offres ne répondant pas à un besoin avéré devraient être maintenues. Même s'il est difficile d'estimer les surcoûts qui seraient engendrés par rapport au droit en vigueur, dans tous les cas les participants à la consultation ont émis des doutes quant au financement.

Selon les participants à la consultation, l'initiative sur les sites hospitaliers et les deux contre-projets issus du parlement présentent tous trois l'inconvénient d'entamer la liberté entrepreneuriale des hôpitaux. De plus, on ne sait pas vraiment ce qui se passerait exactement après le moratoire.

Les contre-projets du Conseil-exécutif et du groupe PS-JS-PSA présentent le même défaut : les prestations offertes sur les sites régionaux sont trop peu développées et la réglementation des soins d'urgence n'est pas assez contraignante.

Enfin, les participants voient dans la réouverture des maternités de Riggisberg et de Zweisimmen un gros inconvénient de l'initiative sur les sites hospitaliers.

4.3.3 Répercussions sur le personnel

Dans l'optique du personnel, un aspect positif serait le maintien des places de formation et de formation continue en particulier pour les médecins de premier recours. Cela augmenterait l'attrait de sites périphériques pour les employés et employées. Les propositions avec moratoire permettraient en outre de garantir les emplois pendant la durée du moratoire, ce qui est un avantage.

Le personnel pourrait par contre souffrir de l'évolution des conditions de travail. La pénurie de personnel spécialisé pourrait s'aggraver si des sites et des prestations étaient maintenus inutilement. Cela augmenterait la pression exercée sur le personnel en place. Si les sites de petite taille n'étaient pas suffisamment fréquentés, il se pourrait qu'ils multiplient les contrats sur appel. De plus, en cas de sous-utilisation des capacités (personnel et infrastructure), les tarifs négociés entre l'hôpital et les assureurs ne pourraient plus couvrir les coûts, ce qui pourrait provoquer une pression sur les salaires. Tout cela pourrait se répercuter sur la motivation du personnel et, partant, sur la qualité des prestations fournies.

4.3.4 Répercussions sur l'infrastructure

Certains participants à la consultation ont jugé que l'initiative sur les sites hospitaliers et le contre-projet de Messieurs Schnegg, Knutti et Sutter présentaient l'avantage de permettre la conduite d'une analyse des besoins précise durant le moratoire, ce qui éviterait des investissements inutiles.

Toutes les propositions auraient cependant cela de fâcheux qu'une sous-utilisation des capacités pourrait compromettre le refinancement, déjà perçu comme un défi à cause du nouveau financement des hôpitaux.

4.3.5 Répercussions sur les finances

Tandis que certains participants à la consultation n'attendent pas de changement significatif dans le domaine financier, voire s'attendent à ce que la hausse des coûts soit stoppée, la plupart d'entre eux pense que les changements seront lourds de conséquences pour les contribuables et les assurés. Dans le même temps, ils ont du mal à imaginer que le canton pourrait mettre à disposition les ressources suffisantes ou qu'il le ferait.

4.3.6 Répercussions sur les prestations offertes

Certains participants à la consultation trouvent que le gel de l'offre de prestations pendant toute la durée du moratoire est une bonne chose.

D'autres trouvent au contraire que c'est un inconvénient, d'une part parce que l'offre ne serait pas adaptée aux besoins, et d'autre part parce que la sous-exploitation de l'infrastructure pourrait inciter à fournir des prestations superflues.

4.3.7 Répercussions sur la qualité des prestations

Tandis que certains participants à la consultation estiment que la sécurisation de la planification renforcera la motivation des employés et employées, ce qui améliorera la qualité de leur travail, d'autres craignent que la qualité pâtisse de la pénurie de personnel spécialisé, de la détérioration des conditions de travail et du faible nombre de cas, ce qui en fin de compte pourrait menacer la sécurité des patients et des patientes.

4.3.8 Répercussions sur l'économicité des prestations

Certains participants à la consultation constatent que l'initiative sur les sites hospitaliers en particulier corrigerait des effets pervers. D'autres en revanche pensent que la sous-exploitation de l'infrastructure et du personnel provoquerait une hausse du prix des prestations.

4.3.9 Répercussions sur la compétitivité des fournisseurs des prestations

Tandis que certains participants à la consultation envisagent une hausse de la compétitivité, d'autres mettent en évidence les désavantages concurrentiels qui existent déjà. Selon eux il y aurait peu de Bernois et de Bernoises au bénéfice d'une assurance complémentaire, le canton ne financerait presque pas de prestations d'intérêt général, le niveau des salaires serait bas et les hôpitaux trop nombreux. Aucune des propositions présentées en consultation ne permettrait de pallier ces inconvénients.

5. Position de la CSoc au sujet de l'initiative sur les sites hospitaliers et des contre-projets du Conseil-exécutif et du Grand Conseil

Lors de la session de novembre 2015, la CSoc avait défendu la loi sur les soins hospitaliers en vigueur qui, avec les outils prévus par ses dispositions, restait un bon moyen de garantir l'accès aux soins dans toutes les régions. Ni l'initiative ni le contre-projet du Conseil-exécutif n'amélioreraient la couverture en soins de santé de la population. Car inscrire la liste des sites hospitaliers dans la loi ne garantirait pas automatiquement que le niveau de qualité de la couverture en soins de santé, actuellement élevé, puisse être maintenu et que l'on parvienne à recruter suffisamment de personnel spécialisé sur ces sites. La couverture en soins de santé dépendrait des structures au lieu de dépendre des besoins, ce qui serait contraire à l'esprit du droit en vigueur. Avec l'initiative sur les sites hospitaliers, il faudrait par ailleurs réintroduire certaines prestations, ce qui ne semble pas opportun dans l'optique d'aujourd'hui et surtout compte tenu de la situation concernant les solutions de rechange. Etant donné que les hôpitaux concernés auraient droit au financement de certaines prestations, le canton serait tenu de dégager les ressources nécessaires. Cela tendrait à générer des coûts supplémentaires, des coûts que toute la population cantonale devrait supporter. Voilà les principales considérations qui avaient conduit la commission à rejeter l'initiative et le contre-projet du Conseil-exécutif.

La CSoc entend défendre le même point de vue lors de la session de juin 2016. Les deux contre-projets issus du Grand Conseil dressent aussi la liste des sites hospitaliers, sans pour autant améliorer la couverture en soins de santé. Ces propositions auraient également pour effet de placer au premier plan les structures au lieu des besoins. Elles n'offrent pas non plus de solution dans le cas où le personnel qualifié serait insuffisant ou bien où la qualité pâtirait d'une fréquentation insuffisante. Dans une telle situation, l'hôpital concerné ne pourrait plus recevoir de mandats de prestations cantonaux, il ne pourrait plus pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire et le canton devrait assumer la totalité des coûts. Ainsi, les contre-projets du Conseil-exécutif et du Grand Conseil représentent tout autant que l'initiative de très

gros risques financiers pour le canton. Toutes les propositions présentent par conséquent des inconvénients de taille, comme le montrent les résultats de la consultation. Les participants à la consultation, surtout les fournisseurs de prestations, préfèrent nettement le droit en vigueur à l'initiative sur les sites hospitaliers et aux trois contre-projets.

La CSoc rejette par conséquent tant l'initiative sur les sites hospitaliers que les contre-projets présentés par le Conseil-exécutif et par des députés au Grand Conseil en raison des inconvénients majeurs présentés ci-dessus. La CSoc comprend néanmoins tout à fait les préoccupations des auteurs de l'initiative et les craintes de la population. Consciente que l'offre est beaucoup moins dense en périphérie que dans les centres, elle souhaite les prendre au sérieux. C'est pourquoi la CSoc a mis au point son propre contre-projet, un texte qui permet de satisfaire les demandes de la population rurale sans pour autant s'éloigner de l'esprit du droit en vigueur.

6. Contre-projet de la Commission de la santé et des affaires sociales

6.1 Contexte

La fermeture des maternités de Riggisberg et de Zweisimmen a largement contribué au dépôt de l'initiative sur les sites hospitaliers. D'ailleurs, l'initiative populaire réclame la réouverture de ces deux maternités. Dans ce contexte, la CSoc s'est demandé si le canton aurait pu obtenir le maintien de ces services sous le droit en vigueur.

La CSoc a alors constaté que le canton aurait effectivement pu agir¹¹ sur les hôpitaux et leur offre de prestations pour maintenir *momentanément* ces deux maternités. Mais comme il aurait alors fait face aux difficultés les plus variées, le canton n'aurait pas pu garantir cette offre de prestations sur la durée :

- Premièrement on n'aurait pas été sûr de parvenir à trouver le personnel spécialisé nécessaire. Or la difficulté à recruter du personnel spécialisé était une des raisons majeures à l'origine de la fermeture des deux maternités. Il faut signaler à cet égard qu'en vertu des règles cantonales appliquées jusque-là, en raison de la fra-

gilité des parturientes et des nouveaux-nés, les maternités doivent être associées à un service des urgences satisfaisant au plus haut niveau d'exigences (degré 4, cf. tableau 1 en annexe). Le maintien des prestations d'obstétrique ne nécessiterait donc pas uniquement du personnel qualifié à la maternité mais aussi au service des urgences. En théorie, on pourrait certes imposer des exigences moins élevées au service des urgences, mais cela compromettrait fortement la sécurité des patients et des patientes¹².

- Deuxièmement, le financement des soins obstétriques ainsi maintenus à Riggisberg et à Zweisimmen ne serait pas assuré. Notamment parce que ce maintien ne garantirait pas qu'une telle offre de prestations satisfasse encore aux critères de la législation fédérale : *qualité, économicité des prestations et conformité aux besoins, encadrement médical et personnel qualifié suffisants, installations appropriées ou disponibilité et capacité à remplir le mandat de prestations*. Si l'un de ces critères n'était pas rempli, selon la législation fédérale, le canton ne pourrait plus faire figurer l'établissement en question sur la liste des hôpitaux. L'hôpital ne serait alors plus admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et le canton n'aurait pas la base légale nécessaire pour soutenir financièrement l'offre en question. Il faudrait donc trouver une autre source de financement.

Tant que les critères de la législation fédérale seraient remplis, le canton pourrait indemniser les prestations de base fixes qualifiées de nécessaires à la couverture en soins. Le canton de Berne ne dispose pas de base légale l'autorisant à indemniser les prestations de base fixes dictées par des raisons de politique régionale. Mais si le Conseil-exécutif s'écarterait de sa précédente ligne et qu'il déclarait que les prestations obstétriques à Riggisberg et à Zweisimmen sont nécessaires à la couverture en soins, le Grand Conseil pourrait accorder les moyens nécessaires à l'indemnisation des prestations de base fixes. Si l'on continuait à cet égard à utiliser les groupes de prestations pour la planification hospitalière, les services des urgences concernés devraient satisfaire au plus haut niveau d'exigences (degré 4), avec les coûts que cela implique. Par ailleurs, les prestations de base fixes ne seraient indemnisées que si les tarifs prévus ne permettent pas à des établissements présentant une saine gestion économique de couvrir les frais engendrés par la fourniture de prestations nécessaires à la couverture en soins en raison d'une fréquentation trop basse. Reste à savoir si le canton serait autorisé à verser des contributions dans le cas où des coûts de production défavorables entraîneraient des écarts entre les coûts et les tarifs. Cela ne se produirait que si les tarifs fixés par le Tribunal administratif fédéral ne permettaient manifestement pas de couvrir les coûts de production en dernière instance et qu'il s'agissait de prestations nécessaires à la couverture en soins. Dans tous les autres cas, les établissements devraient se passer du soutien financier du canton.

¹¹ Une première possibilité aurait été que le Conseil-exécutif déclare les prestations d'obstétrique de Riggisberg et de Zweisimmen nécessaires à la couverture en soins. Le canton aurait ainsi pu obliger les centres hospitaliers régionaux concernés à offrir les prestations obstétriques (art. 12 LSH). Pour ce faire, le Conseil-exécutif aurait toutefois dû déroger aux critères qu'il a toujours utilisés jusque-là pour déterminer les sites nécessaires à la couverture en soins et faire abstraction des groupes de prestations pour la planification hospitalière.

Riggisberg et Zweisimmen font tous deux partie de centres hospitaliers régionaux intégralement détenus par le canton. Le canton aurait donc également pu s'emparer de la question des sites. Il aurait pu obtenir une modification du statut du centre hospitalier régional de sorte que les décisions sur les sites et les services puissent incomber à l'assemblée générale et non au conseil d'administration. Le canton aurait ainsi la possibilité de prévenir la fermeture de certains services ou de sites (cf. Rüttsche, Bernhard (2014). *Rechtsgutachten - Übereinstimmung der Berner Spitalstandortinitiative vom 21. Januar 2014 mit übergeordnetem Recht und kantonalem Gesetzesrecht*. Lucerne, n. 49 / 50).

Enfin, le canton aurait pu maintenir l'offre de prestations obstétriques pour des raisons dictées par la politique régionale. La législation fédérale le permettrait. Mais la législation cantonale ne le prévoit pas, il aurait d'abord fallu la modifier.

¹² Il faudrait par ailleurs que cette baisse du niveau d'exigences s'applique à tous les fournisseurs de prestations vu que cela porterait atteinte à l'égalité des patients et des patientes si la population devait supporter des niveaux de qualité variable en fonction de la zone géographique.

- Enfin, une intervention du canton sur l'offre de prestations de certains sites constituerait une inégalité de traitement. Or, en vertu de la législation fédérale, le canton doit assurer l'égalité de traitement entre les hôpitaux.

L'exemple de la maternité de Zweisimmen met en évidence différentes difficultés du droit en vigueur : d'une part seuls les sites nécessaires à la couverture en soins peuvent aujourd'hui recevoir un soutien financier, et d'autre part seules les prestations de base fixes peuvent être indemnisées, pas les prestations hospitalières en elles-mêmes. C'est la raison pour laquelle la CSoc a recherché une solution pour qu'à l'avenir les hôpitaux ruraux puissent aussi bénéficier d'un soutien financier pour des raisons de politique régionale, et ce non seulement pour les prestations de base fixes mais aussi pour les prestations hospitalières en elles-mêmes.

6.2 Caractéristiques de la modification de loi proposée

La révision partielle de la loi sur les soins hospitaliers proposée permet au canton, dans les régions rurales

- **d'indemniser les prestations de base fixes dictées par des raisons de politique régionale** (et non plus uniquement celles qui sont nécessaires à la couverture en soins) ;
- **de subventionner les prestations hospitalières** (et non plus uniquement les prestations de base fixes).

Cela permettrait par exemple au canton d'indemniser des prestations de base fixes occasionnées par l'exploitation d'un service des urgences en région rurale sur un site non nécessaire à la couverture en soins (à Riggigsberg p. ex.). Le canton pourrait également subventionner par exemple la maternité d'hôpitaux ruraux, que le site soit nécessaire à la couverture en soins (Zweisimmen p. ex.) ou non (Moutier p. ex.). Dans de tels cas aussi évidemment, l'hôpital doit satisfaire aux exigences portant sur l'infrastructure, le personnel et les processus requises pour remporter le mandat de prestations.

Les ressources nécessaires à ces contributions cantonales sont prélevées sur les fonds publics ordinaires. Le Grand Conseil les accorde au moyen de crédits-cadres.

Les répercussions financières de la modification de loi dépendent d'une part des décisions politiques de l'organe financier compétent, c'est-à-dire du Grand Conseil. D'autre part elles dépendent de combien de fournisseurs de prestations demanderont le soutien financier du canton pour les prestations de base fixes ou les prestations hospitalières déficitaires. C'est pourquoi il est difficile d'évaluer les répercussions financières.

Si tous les hôpitaux figurant parmi les sites régionaux dans l'initiative sur les sites hospitaliers et les contre-projets du Conseil-exécutif et du Grand Conseil demandaient un soutien financier pour les prestations de base fixes comme pour les prestations hospitalières, le canton devrait tabler sur des coûts annuels de 40 millions de francs. Les estimations ont toutefois tendance à être trop élevées. Tous les sites régionaux ne demanderont pas une aide du canton pour les prestations de base fixes et les prestations hospitalières, ce n'est pas réaliste. Les estimations ne tiennent par ailleurs pas compte du fait que le calcul des éventuelles contributions se baserait sur l'exploitation

globale après déduction de toutes les subventions croisées possibles. Ces subventions croisées n'étant pas chiffrables, elles n'entrent pas dans l'évaluation.

Les prestations de base fixes ont été calculées selon le modèle d'évaluation que le Conseil-exécutif a utilisé pour l'initiative sur les sites hospitaliers et son contre-projet. Les subventions d'exploitation aux offres de prestations déficitaires ont été évaluées pour répondre à deux types de déficits. Les deux variantes se basent sur le nombre de cas relevé sur les sites entre 2012 et 2014. Pour les prestations de base fixes, on est parti du nombre total de cas traités, pour les subventions d'exploitation, du nombre de Bernois et de Bernoises traités. En effet, on est parti du principe que le canton de Berne ne subventionnerait que le traitement des Bernois et des Bernoises et pas celui des autres patients et patientes. La moyenne a été calculée à chaque fois à partir des résultats des différents scénarios utilisés pour les variantes (utilisation des capacités, exigences en termes d'efficience, possibilités de financement croisé, déficits de couverture).

Le contre-projet de la CSoc permettra au canton de pouvoir au besoin piloter l'offre de prestations hospitalières dans les régions rurales en fonction de considérations de politique régionale. Cela permettra de répondre aux craintes de la population, qui redoute que les régions rurales soient sous-médicalisées ou moins bien couvertes que les zones urbaines. La modification de loi offre la flexibilité nécessaire pour pouvoir adapter à tout moment les soins hospitaliers aux évolutions médicales et sociales (flux de patients et innovations p. ex.). La couverture en soins de santé continue d'être définie en principe par rapport aux besoins et les exigences formulées par la législation fédérale dans le domaine de la qualité sont maintenues. Ainsi, la modification de loi s'insère dans la logique du droit et du cadre réglementaire en vigueur et ne s'y oppose pas. Aucun droit au financement d'offres spécifiques sur des sites précis n'étant introduit, le canton s'expose à des risques financiers bien moins élevés que dans les autres propositions : le Grand Conseil peut définir les ressources à disposition en fonction des besoins de la politique sanitaire et des possibilités financières du canton.

6.3 Commentaire des articles du contre-projet

Article 58a (nouveau) (Indemnisation des prestations hospitalières)

La LSH prévoit désormais la possibilité **d'indemniser aussi les prestations hospitalières** afin de maintenir la couverture des besoins en soins.

Bénéficiaires : Peuvent demander le versement de contributions les hôpitaux répertoriés qui ne rentrent pas dans leurs frais en fournissant des prestations hospitalières qui sont soit nécessaires pour assurer la couverture en soins soit pour maintenir l'offre de prestations dictée par des raisons de politique régionale (l'un ou l'autre).

Dans la mesure où des raisons de politique régionale peuvent justifier l'indemnisation de prestations hospitalières, l'article 68, alinéa 3 précise que « la promotion des régions rurales est réputée raison de politique régionale ». On entend par « régions rurales » toutes celles qui ne sont pas urbaines. La CSoc a délibérément choisi de ne pas définir plus précisément ce terme. Cela permet de réévaluer la situation de politi-

que régionale à chaque fois et de laisser la marge de manœuvre nécessaire pour pouvoir tenir compte en particulier des évolutions médicales et sociales.

Les prestations hospitalières indemnisées peuvent être celles d'hôpitaux répertoriés du canton de Berne ou d'un autre canton. Il ne s'agit pas forcément d'établissements publics ou appartenant au canton. Les établissements extracantonaux doivent aussi avoir la possibilité de s'engager, à la seule condition de figurer sur la liste du canton en question. Cette condition offre un certain gage quant au sérieux et à la stabilité économique de l'exploitant.

Offre : Les prestations hospitalières qui peuvent être indemnisées parce qu'elles sont nécessaires à la couverture en soins ou parce qu'elles sont dictées par des raisons de politique régionale ne sont pas délimitées. Cette grande souplesse dans la définition permet d'indemniser également des prestations hospitalières qui ne font pas partie du paquet de base, comme l'obstétrique. Cela dépend surtout des ressources disponibles. Les exigences imposées à la fourniture des prestations doivent néanmoins être remplies (normes de qualité, personnel spécialisé, disponibilités, etc.).

Bénéficiaires des contributions et conditions d'éligibilité : C'est l'établissement tout entier, c'est-à-dire l'hôpital répertorié qui exploite le site, qui est subventionné, et ce uniquement après déduction de tous les financements croisés (excédents de revenus d'autres domaines de prestations ou d'autres sites, fonds de tiers, etc.), par analogie avec les dispositions des actuels articles 68, lettre a et 77, lettre d LSH. Ainsi, les contributions ne peuvent être accordées qu'à l'établissement tout entier et non uniquement au site concerné. Cela permet d'écarter le risque des baisses de tarif, des baisses inévitables lorsque les hôpitaux présentent des excédents de revenus.

Pour avoir droit à des contributions, l'hôpital doit par exemple pouvoir réunir les conditions suivantes :

- malgré une saine gestion, les tarifs ne permettent pas de couvrir les coûts de production (prix de base et/ou cost-weight trop bas) ;
- les efforts visant à négocier un prix de base approprié ont échoué (le Conseil-exécutif a fixé le tarif dans un ACE) ;
- l'hôpital n'est pas parvenu à obtenir un facteur de pondération approprié (rejet de la demande par SwissDRG malgré une documentation complète et factuelle) ;
- il a épuisé toutes les possibilités à sa disposition pour financer les prestations d'une autre manière (financement croisé interne p. ex.), compte tenu de la marge EBITDA nécessaire¹³ ;
- la qualité de la fourniture des prestations dépend de la qualité des structures, des processus et des résultats.

Les conditions exactes peuvent être fixées dans une ordonnance. La SAP vérifie que les conditions sont remplies.

¹³ EBITDA est l'acronyme anglais pour earnings before interest, taxes, depreciation and amortization, c'est-à-dire revenus avant intérêts, impôts, dotations aux amortissements et provisions sur immobilisations. L'EBITDA est un indicateur micro-économique qui renseigne sur la rentabilité d'une entreprise.

Les *calculs* se basent sur des montants forfaitaires normés qui sont accordés pour les domaines de prestations ou les prestations déficitaires.

Article 67 (Indemnisation des prestations de base fixes, 1. nécessaires à la couverture en soins)

A l'alinéa 1, la Commission de rédaction a souhaité corriger une petite incohérence du droit en vigueur en remplaçant « des prestations de base fixes » par « les prestations de base fixes nécessaires à la couverture en soins ». Le nouvel alinéa 2 de l'article 67 LSH est identique à l'actuel article 68 LSH. Il a été intégré à l'article 67 pour des raisons législatives.

Article 68 (2. dictées par des raisons de politique régionale)

Pour le moment, les prestations de base fixe ne peuvent être indemnisées que si elles sont nécessaires à la couverture en soins (actuels art. 67 et 68 LSH). Le nouvel article 68 offre la base juridique nécessaire à **l'indemnisation des prestations de base fixes dictées par des raisons de politique régionale**. L'indemnisation des prestations de base fixes pour des raisons de politique régionale est expressément admise par le législateur fédéral (art. 49, al. 3 LAMal). Il s'agit de prestations d'intérêt général au sens de la LAMal qui ne peuvent pas être financées par l'assurance obligatoire des soins, ce qui signifie que le canton ou des tiers doivent en supporter intégralement la charge.

Bénéficiaires : La loi ne définit pas les sites mais offre la possibilité d'indemniser les fournisseurs de prestations qui maintiennent des sites et des offres de prestations pour des « raisons de politique régionale ». C'est à l'organe financier compétent de décider qui reçoit un soutien financier, quand et pour quelle offre.

On entend par « raison de politique régionale » la promotion des régions rurales (al. 3). Les « régions rurales » sont en principe toutes celles qui ne sont pas urbaines. La CSoc a délibérément choisi de ne pas définir plus précisément ce terme. Cela permet de réévaluer la situation de politique régionale à chaque fois et de laisser la marge de manœuvre nécessaire pour pouvoir tenir compte en particulier des évolutions médicales et sociales.

Les prestations de base fixes indemnisées pour des raisons de politique régionale peuvent être celles d'hôpitaux répertoriés du canton de Berne ou d'un autre canton. Il ne s'agit pas forcément d'établissements publics ou appartenant au canton. Les établissements extracantonaux doivent aussi avoir la possibilité de s'engager, à la seule condition de figurer sur la liste du canton en question. Cette condition offre un certain gage quant au sérieux et à la stabilité économique de l'exploitant.

Offre : Les prestations de base fixes qui peuvent être indemnisées pour des raisons de politique régionale ne sont pas délimitées. Cette grande souplesse dans la définition permet d'indemniser également des prestations de base fixes d'offres qui ne font pas partie du paquet de base, comme les prestations de base fixes en obstétrique. Cela dépend surtout des ressources disponibles. Les exigences imposées à la fourniture des prestations doivent néanmoins être remplies (normes de qualité, personnel spécialisé, disponibilités, etc.).

Bénéficiaires des contributions et conditions d'éligibilité (al. 2, lit. a) : C'est l'établissement tout entier, c'est-à-dire l'hôpital répertorié qui exploite le site, qui est subventionné, et ce uniquement après déduction de tous les financements croisés (excédents de revenus d'autres domaines de prestations ou d'autres sites, fonds de tiers, etc.), par analogie avec les dispositions des actuels articles 68, lettre a et 77, lettre d LSH. Ainsi, les contributions ne peuvent être accordées qu'à l'établissement tout entier et non uniquement au site concerné. Cela permet d'écarter le risque des baisses de tarif, des baisses inévitables lorsque les hôpitaux présentent des excédents de revenus.

Pour avoir droit à des contributions, l'hôpital doit par exemple pouvoir réunir les conditions suivantes :

- malgré une saine gestion, les tarifs ne permettent pas de couvrir les coûts de production (prix de base et/ou cost-weight trop bas) ;
- les efforts visant à négocier un prix de base approprié ont échoué (le Conseil-exécutif a fixé le tarif dans un ACE) ;
- l'hôpital n'est pas parvenu à obtenir un facteur de pondération approprié (rejet de la demande par SwissDRG malgré une documentation complète et factuelle) ;
- il a épuisé toutes les possibilités à sa disposition pour financer les prestations d'une autre manière (financement croisé interne p. ex.), compte tenu de la marge EBITDA nécessaire ;
- la qualité de la fourniture des prestations dépend de la qualité des structures, des processus et des résultats.

Les conditions exactes peuvent être fixées dans une ordonnance. La SAP vérifie que les conditions sont remplies.

Calcul : Les prestations de base fixes sont indemnisées forfaitairement selon l'actuel article 69 LSH. Les forfaits sont déterminés par la SAP. Le calcul peut éventuellement être précisé dans une ordonnance (par analogie avec le modèle de coûts normatifs pour les prestations de base fixes des services de sauvetage). Le montant des contributions n'est pas limité.

Article 139 (Crédit-cadre pour d'autres contributions, indemnisations et dépenses)

Le droit fédéral ne dit rien sur les modalités de financement des prestations d'intérêt général, ce qui laisse le champ libre au canton.

La LSH règle la compétence en matière d'autorisation de dépenses à l'article 139. Les moyens sont prélevés sur le budget ordinaire du canton, il n'existe pas (ou plus) de système spécial de financement. L'article 139 actuel règle déjà le crédit-cadre au moyen duquel le Grand Conseil accorde différentes indemnités et contributions. Le **financement de prestations hospitalières déficitaires** est désormais intégré à ce crédit-cadre (al. 1, lit. c), par analogie avec le subventionnement des prestations hospitalières non-résidentielles (p. ex. prestations ambulatoires en psychiatrie). Les anciennes lettre c à g deviennent les lettres d à h. Pour faire la distinction avec le nouvel article 139a, on a précisé à la lettre g qu'il ne s'agit que de l'indemnisation des prestations de base fixes nécessaires à la couverture en soins.

Article 139a (nouveau) (Crédit-cadre pour des prestations de base fixes dictées par des raisons de politique régionale)

L'indemnisation des prestations de base fixes dictées par des raisons de politique régionale est régie dans un crédit-cadre arrêté par le Grand Conseil. Les fonds sont prélevés sur le budget ordinaire du canton. La périodicité est la même que pour le crédit-cadre déjà réglé à l'article 139, soit en règle générale tous les quatre ans. Le montant du crédit n'est pas défini. C'est au Grand Conseil de décider du montant du crédit et de sa périodicité exacte. Cela lui permet de revoir régulièrement les lignes directrices pour les prestations de base fixes dictées par des raisons de politique régionale et de les réajuster sans qu'il ne faille pour cela réviser la loi. Comme dans l'actuel article 139, alinéa 2, c'est la SAP qui statue sur l'utilisation du crédit.

7. Propositions

Initiative populaire :

La CSoc propose au Grand Conseil à l'unanimité de déclarer l'initiative sur les sites hospitaliers **valable**.

La CSoc propose au Grand Conseil de **rejeter** l'initiative sur les sites hospitaliers par 14 voix sans opposition et trois abstentions.

Contre-projets :

La CSoc propose au Grand Conseil de **rejeter le contre-projet du Conseil-exécutif** par neuf voix contre cinq et trois abstentions.

La CSoc propose au Grand Conseil de **rejeter le contre-projet de Messieurs Schnegg, Knutti et Sutter** par onze voix contre cinq et une abstention.

La CSoc propose au Grand Conseil de **rejeter le contre-projet du groupe PS-JS-PSA** par douze voix contre deux et trois abstentions.

La CSoc propose au Grand Conseil d'**adopter le contre-projet de la CSoc** par neuf voix contre sept.

Berne, le 26 avril 2016

Au nom de la commission

La présidente : *Zumstein*

8. Annexe : terminologie de l'initiative sur les sites hospitaliers et des contre-projets

L'initiative populaire sur les sites hospitaliers et les contre-projets emploient une terminologie qu'il convient de clarifier. Il s'agit notamment des termes suivants :

- a. (couverture des besoins en) soins hospitaliers de base
- b. traitement des urgences – soins d'urgence – admission des urgences
- c. stratégie des hôpitaux
- d. fournisseurs de prestations médicales
- e. services d'intervention en cas d'urgence

C'est pourquoi la CSoc a chargé la SAP de définir ces termes en s'appuyant sur la législation bernoise et de manière générale la réglementation cantonale (planification des soins, stratégie de propriétaire, etc.) et sur la doctrine et la pratique courantes. Ces définitions ont été soumises aux organismes consultés (cf. chap. 4.3) afin qu'ils puissent les adapter au besoin. On peut conclure des réponses reçues que les institutions concernées considèrent elles aussi comme valables les définitions présentées ci-après.

a. (Couverture des besoins en) soins hospitaliers de base

On entend par soins hospitaliers de base l'ensemble des prestations minimales qu'un hôpital nécessaire à la couverture en soins est tenu de proposer. C'est ce que le Conseil-exécutif a appelé le « paquet de base chirurgie et médecine interne » dans son ACE n° 814 du 19 juin 2013¹⁴. Le paquet de base est quant à lui un élément de la classification des groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) que le canton de Zurich a élaborée pour classer les mandats de prestations. La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé recommande l'utilisation des GPPH pour l'établissement de la liste des hôpitaux de soins aigus somatiques¹⁵. Le canton de Berne utilise lui aussi les GPPH, en accord avec les associations hospitalières bernoises¹⁶.

Le paquet de base comprend les prestations hospitalières les plus courantes¹⁷, qui ne nécessitent pas de personnel ou d'infrastructures particulières. L'obstétrique n'en fait pas partie étant donné qu'il faut intervenir particulièrement vite pour les accouchements, ce qui signifie une disponibilité 24 heures sur 24, un service des urgences de degré 4, etc.

La couverture des besoins en soins hospitaliers de base n'est pas explicitement définie. L'article 15 de la loi sur les soins hospitaliers (LSH), qui renvoie à l'éventail de prestations des centres hospitaliers régionaux (CHR) – distinctes des prestations de la médecine de pointe – permet cependant de la définir indirectement. Comme les CHR

offrent tous aussi des prestations d'obstétrique sur au moins un site, on peut partir du principe que ces dernières font partie de la « couverture des besoins en soins hospitaliers de base ». Toutefois, aucune norme ne l'établit.

C'est pourquoi il faudrait dresser la liste exhaustive des prestations entrant dans la couverture des besoins en soins hospitaliers de base pour les présents textes législatifs en se référant, dans l'idéal, aux paquets de prestations selon les GPPH.

b. Traitement des urgences – soins d'urgence – admission des urgences

• La notion d'urgence

Ni la législation fédérale ni la législation bernoise ne définissent la notion d'urgence de manière univoque. Bien que ce terme apparaisse à l'article 41a, alinéa 2 et à l'article 64a, alinéa 7 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les messages du Conseil fédéral ne l'expliquent pas¹⁸ car les alinéas en question ont été insérés au cours des débats parlementaires.

C'est donc aux fournisseurs de prestations (hôpital), et plus précisément au médecin traitant, qu'il revient d'apprécier au cas par cas s'il y a urgence ou non. On distingue les urgences médicales des urgences psychiatriques. Pour le tribunal administratif du canton de Zurich¹⁹, il y a urgence médicale lorsque le pronostic vital du patient ou de la patiente est engagé en raison d'une anomalie d'une fonction vitale²⁰ ou si un traumatisme, une maladie grave ou un empoisonnement risquent d'endommager soudainement et irréversiblement les organes du patient ou de la patiente²¹. Les urgences psychiatriques ne se définissent pas par une anomalie d'une fonction vitale mais par le niveau de menace que la personne représente pour elle-même ou pour autrui (risque de suicide, risque d'agression)²².

On distingue par ailleurs l'urgence hospitalière et l'urgence dans le domaine du sauvetage (c.-à-d. des secours, cf. art. 2, lit. b LSH). Précisons à cet égard que dans les régions retirées, un bon accès aux soins passe aussi par des services de sauvetage performants. Pour que les soins médicaux d'urgence soient efficaces, les patients et patientes doivent absolument recevoir le plus vite possible les premiers soins médicaux dont ils ont besoin. Ils doivent également être admis ensuite dans un hôpital adapté.

• Traitement des urgences

Selon la définition de l'urgence donnée plus haut, le traitement des urgences doit permettre de stabiliser ou de rétablir le plus rapidement possible les fonctions vitales du patient ou de la patiente ou d'écarter le risque critique que cette personne représente pour elle-même ou pour autrui.

¹⁴ http://www.rsb.ch/rr/fr/index/rrbonline/rrbonline/suche_rrb/beschluesse-detailseite.gid-77f558892c8d4fbabe7ba80cca996e09.html (en allemand).

¹⁵ <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=1018&L=1>.

¹⁶ Convention du 30 mai 2013 (en allemand) <http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheitsgesundheit/aktuell.assetref/dam/documents/porta/1/Medienmitteilungen/de/2013/06/2013-06-14-sptalliste-absichtserklaerung.pdf>.

¹⁷ de 30% à 40%

¹⁸ FF 2004 5207, FF 2009 5973 et FF 2009 5987.

¹⁹ Source :

<http://www.notfallrecht.ch/attachments/article/58/Haftung%20bei%20Sch%C3%A4den%20aufgrund%20unzureichender%20medizinischer%20Notfallmassnahmen~.pdf> (en allemand).

²⁰ Fonctions vitales : conscience, respiration, circulation sanguine.

²¹ VB.2002.00147, E. 4a, du 23.10.2003 (en allemand).

²² Wikipédia fait aussi cette distinction, cf. <https://de.wikipedia.org/wiki/Notfall> (en allemand).

Conformément à l'article 94 LSH, les hôpitaux doivent pour cela satisfaire aux conditions de prise en charge des urgences. Ces conditions font partie des conditions d'octroi de l'autorisation d'exploiter (art. 120, lit. f LSH) et s'appliquent à tous les fournisseurs de prestations sur le territoire cantonal, qu'ils figurent ou non sur la liste cantonale des hôpitaux. L'article 44 de l'ordonnance sur les soins hospitaliers (OSH)²³ dispose que la prise en charge des urgences est organisée par le fournisseur de prestations de sorte qu'un « médecin puisse en règle générale intervenir dans un délai maximal de 15 minutes ». La nature de l'intervention et la qualification du médecin ne sont toutefois pas précisées. Il peut s'agir d'une consultation par téléphone, le médecin peut être un médecin-assistant. Il faut cependant satisfaire à cette exigence de police sanitaire pour pouvoir exploiter un hôpital. Elle est prescrite par la législation cantonale (LSH, OSH).

Les GPPH vont jusqu'à exiger des hôpitaux au bénéfice d'un contrat de prestations « paquet de base chirurgie et médecine interne » qu'ils gèrent un service des urgences approprié. Selon l'urgence des soins à prodiguer dans les divers groupes de prestations, les conditions imposées aux services des urgences se déclinent en degrés 1 à 3. Des conditions particulières sont définies pour l'obstétrique, qui relève du degré 4²⁴. S'il n'est pas impératif de satisfaire à ces exigences pour exploiter un hôpital, les hôpitaux qui veulent être autorisés à facturer leurs prestations à la charge de l'assurance-maladie obligatoire doivent s'y soumettre. La LAMal, la planification qu'elle exige des cantons (dans le canton de Berne il s'agit de la planification des soins arrêtée par le Conseil-exécutif) et les listes des hôpitaux édictées par les cantons (dans le canton de Berne il s'agit de décisions du Conseil-exécutif) en constituent le fondement légal.

• Soins d'urgence

Les soins d'urgence comprennent donc le traitement des urgences tel que défini ci-dessus par un fournisseur de prestations qui satisfait aux exigences minimales en matière de structures (personnel spécialisé) et de processus (disponibilité). Concernant les soins hospitaliers de base, c'est-à-dire le paquet de base chirurgie et médecine interne selon les GPPH, les services des urgences appliquent les critères des degrés 1 et 2²⁵. Une fois que les fonctions vitales ont été rétablies ou stabilisées, le patient ou la patiente peut être transféré dans une clinique adaptée, par exemple pour se soumettre à une opération urgente.

• Admission des urgences

Les patients et patientes peuvent être admis en urgence à l'hôpital en-dehors des heures d'exploitation usuelles (horaires de bureau). Bien que l'admission administrative par le service d'accueil ne constitue pas un soin d'urgence au sens strict, elle est absolument indispensable au traitement efficace des urgences. Le paquet de base chirurgie et médecine interne des GPPH étant nécessaire à l'admission de patients et de patientes aux urgences, il est obligatoire pour ces hôpitaux.

²³ RSB 812.112

²⁴ Le tableau en annexe donne une idée des exigences concrètes.

²⁵ Aux degrés 1 et 2, un anesthésiste doit être disponible dans les 15 minutes d'abord pour maintenir ou rétablir les fonctions vitales des patients et des patientes et ensuite pour que l'unité de soins d'urgence puisse être opérationnelle 24 heures sur 24.

c. Stratégie des hôpitaux

La notion de stratégie des hôpitaux est absente de la législation bernoise.

D'après l'article 1 de la LSH, la planification des soins vise à assurer la couverture de la population du canton en soins hospitaliers et en prestations de sauvetage, de même que la relève professionnelle nécessaire dans le domaine de la santé. Elle ne dit rien sur les stratégies des différents fournisseurs de prestations, ni sur les établissements hospitaliers dont le canton est propriétaire ou actionnaire majoritaire ou qu'il dirige.

Les responsabilités n'entrent donc pas en ligne de compte lors de l'établissement des listes des hôpitaux, basées sur la planification des soins conformément à l'article 39 LAMal. Les seuls critères sont ceux figurant dans la stratégie de la planification des soins 2016 selon la LSH et dans la LAMal²⁶ : couverture des besoins, accessibilité, qualité, caractère économique ainsi que nécessité de l'établissement pour assurer la couverture hospitalière de base telle que définie précédemment²⁷.

Le canton de Berne a mis au point une stratégie de propriétaire²⁸ pour les CHR. Il y définit d'une part le but poursuivi avec sa participation à l'entreprise et d'autre part les objectifs à atteindre et les moyens d'y parvenir. Il s'agit de deux tâches majeures du Conseil-exécutif, qu'il doit assumer collégialement.

La notion de stratégie des hôpitaux est à rapprocher de celle de stratégie d'entreprise²⁹. C'est un instrument de gestion de la direction des hôpitaux (d'après l'art. 716a, al. 1 du code des obligations, l'une des attributions intransmissibles et inaliénables du conseil d'administration est l'exercice de la haute direction de la société). Aucune conception homogène de la stratégie des hôpitaux ne se dégage cependant de la littérature scientifique³⁰.

d. Fournisseurs de prestations médicales

Le terme « fournisseur de prestations médicales » n'est pas défini dans la législation et n'est pas non plus d'utilisation courante.

- Selon la loi fédérale sur les professions médicales universitaires, on parle de professions médicales universitaires dans les domaines de la médecine humaine, de la médecine dentaire, de la chiropratique, de la pharmacie et de la médecine vétérinaire.
- Les professions de la santé non universitaires seront quant à elles pour la plupart réglementées dans la loi fédérale sur les professions de la santé (infirmiers et in-

²⁶ Cf. art 58b OAMal.

²⁷ Cf. ACE n° 814 du 19 juin 2013 (en allemand).

²⁸ La stratégie de propriétaire est décrite dans l'ouvrage de K. Schedler, R. Müller et R. Sonderegger *Führung, Steuerung und Aufsicht von öffentlichen Unternehmen; Public Corporate Governance für die Praxis*. (Direction, pilotage et surveillance des entreprises publiques ; guide pratique).

²⁹ Article paru dans le Bulletin des médecins suisses [2015 ; 96 (23) :847-849] (en allemand) ; article paru dans la revue Clinicum „Praxisorientiertes Strategiehandbuch für Spitäler“ [numéro 5-15 ; p. 118-121] (en allemand) ; www.pwc.ch/Spitalstrategie.

³⁰ [https://de.wikipedia.org/wiki/Strategie_\(Wirtschaft\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Strategie_(Wirtschaft)) (en allemand).

firmières, psychothérapeutes, ergothérapeutes, sages-femmes et hommes sages-femmes, diététiciens et diététiciennes, optométristes, ostéopathes).

- Font notamment partie des autres professions de la santé non universitaires, qui resteront de la compétence réglementaire des cantons, les opticiens et opticiennes, les droguistes, les hygiénistes dentaires, les ambulanciers et ambulancières, les naturopathes, les homéopathes, les acupuncteurs et acupunctrices ainsi que les thérapeutes en médecine traditionnelle chinoise (thérapeutes MTC).

Les fournisseurs de prestations médicales peuvent donc être compris comme l'ensemble du personnel médical qui participe à la prise en charge des patients et patientes, que ces personnes exercent une profession de la santé universitaire ou non universitaire. L'important, c'est que l'auteur ou l'auteure explique ce qu'il ou elle entend par ce terme.

e. Organisations d'intervention en cas d'urgence

Ni la législation fédérale ni la législation bernoise ne définissent précisément les organisations d'intervention en cas d'urgence. On trouve néanmoins des périphrases :

- A l'article 17 de l'ordonnance fédérale du 22 juin 1994 sur la radioprotection (ORaP, RS 814.50) figure l'énumération suivante : « organisation d'intervention en cas d'urgence, telle la police, les services du feu, la protection civile, les états-majors de conduite et les services sanitaires ». Cette liste non-exhaustive recouvre le niveau opérationnel et les structures de direction.
- Dans le domaine opérationnel, on parle d'autorités et organisations chargées du sauvetage et de la sécurité (ou plus couramment de services de secours ou de moyens de première intervention) ; les actes législatifs pertinents ne les définissent toutefois pas (p. ex. ordonnance du 9 novembre 2011 sur la coordination de la télématique des autorités et organisations chargées du sauvetage et de la sécurité, OCoTél, RS 520.19).
- Dans le canton de Berne, les services de secours regroupent la police, les pompiers, les services de sauvetage et la protection de la population. Les membres de ces services reçoivent une instruction commune à la conduite. Cette instruction est organisée par l'Office de la sécurité civile, du sport et des affaires militaires, qui assure le secrétariat de l'organe de conduite cantonale (OCCant) et jouit par conséquent de l'autorité nécessaire (interface avec la Division Gestion des catastrophes de l'Office du médecin cantonal).
- Les pompiers comptent parmi eux des spécialistes du sauvetage routier qui interviennent par exemple pour désincarcérer les personnes accidentées et les confier aux services de sauvetage. Le sauvetage routier n'a cependant rien à voir avec le sauvetage au sens de la LSH.
- Les associations médicales régionales ne font pour l'instant pas partie des organisations d'intervention en cas d'urgence. En fonction de la situation, la centrale d'appels sanitaires urgents (CASU) mobilise les médecins d'astreinte.

En résumé, les organisations d'intervention en cas d'urgence sont chargées du maintien de la sécurité, de la prévention et de la limitation des dommages et de la prise en charge des victimes. Il s'agit en particulier de la police, des pompiers, des services de

sauvetage, de la protection de la population, des associations médicales régionales et des services d'urgence ou d'alerte.

Tableau 1 : exigences applicables aux services des urgences selon les groupes de prestations (version 2016.1 des GPPH)

	Degré 1	Degré 2	Degré 3	Degré 4
Soins médicaux	8-17 h, lu-ve : des spécialistes en médecine interne et en chirurgie sont disponibles pour les urgences (service hospitalier multifonctionnel). 17-8 h, lu-ve et 24 h sur 24 les fins de semaines et jours fériés : des médecins-assistants en médecine interne et en chirurgie sont disponibles pour les urgences.	8-17 h, lu-ve : des spécialistes en médecine interne et en chirurgie sont disponibles en priorité pour les urgences et peuvent rejoindre le service des urgences en 5 min (interventions en salle d'opération uniquement pour les opérations d'urgence). 17-8 h, lu-ve et 24 h sur 24 les fins de semaine et jours fériés : des médecins-assistants en médecine interne et en chirurgie sont disponibles pour les urgences.	8-23 h, lu-ve : des spécialistes en médecine interne et en chirurgie sont disponibles en priorité pour les urgences et peuvent rejoindre le service des urgences en 5 min (interventions en salle d'opération uniquement pour les opérations d'urgence). 23-8 h, lu-ve et 24 h sur 24 les fins de semaine et jours fériés : des médecins-assistants en médecine interne et en chirurgie sont disponibles pour les urgences et peuvent rejoindre le service des urgences en 5 min. Au moins un médecin-assistant est en deuxième partie de spécialisation. De plus, un spécialiste en	Disponibilité 24 h / 24 : les accouchements sont assurés par un spécialiste en gynécologie et obstétrique (pouvant arriver sur place dans les 10 minutes). Les césariennes en urgence doivent être réalisées en <15 minutes (entre la décision et la naissance).

			chirurgie est disponible pour les urgences en 15 min (interventions en salle d'opération uniquement pour les opérations d'urgence) et un spécialiste en médecine interne est disponible pour les urgences en 30 min.	
Disciplines requises à l'hôpital	Spécialiste disponible en cas de nécessité médicale : 30 min en médecine interne, 30 min en chirurgie, 15 min en anesthésie.	Spécialiste disponible en cas de nécessité médicale : anesthésie (à l'hôpital), médecine intensive (à l'hôpital).	Spécialiste disponible en cas de nécessité médicale : anesthésie (à l'hôpital), sage-femme sur place 24 h sur 24.	