



**Loi sur les soins hospitaliers (LSH)
(Modification)**

Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration

Table des matières

Liste des abréviations	1
Liste des actes législatifs	1
1. Synthèse	2
2. Contexte	2
2.1 Généralités	2
2.2 Classement d'interventions parlementaires	3
2.3 Tableau synoptique des adaptations	4
3. Commentaire des articles	7
3.1 Modification de la LSH	7
Article 7 (2. Approbation et révision)	7
Article 16 (Désignation des CHR et des SPR)	7
Article 39a (Droits de superficie et contrats de bail)	7
Article 51 (Rapport sur les indemnités)	9
Article 51a (Salaires des médecins-chefs et des médecins-cheffes)	10
Article 55a (Accouchement confidentiel)	11
Article 56 (Gestion du cycle de vie)	13
Article 57 (Sanctions administratives)	14
Article 88 (Organisation cantonale de sauvetage)	14
Article 95 (Autres obligations)	15
Article 96 (Sanctions administratives)	15
Article 100 (Subventionnement des prestations)	16
Article 121a (Dispositions détaillées)	17
Article 128 (2. Sanctions administratives)	20
Article 130 (Protection des données)	21
3.2 Modification indirecte	21
Article 9a (Rémunération 1. Part cantonale)	21
4. Place du projet dans le programme gouvernemental de législature (programme législatif) et dans d'autres planifications importantes	22
5. Répercussions financières	22
6. Répercussions sur le personnel et l'organisation	23
7. Répercussions sur les communes	23
8. Répercussions sur l'économie	23
9. Résultat de la procédure de consultation	23
10. Proposition	24

**Rapport
présenté par le Conseil-exécutif au Grand Conseil
concernant la révision partielle de la loi sur les soins hospitaliers (LSH ; RSB 812.11)**

Liste des abréviations

AGC	Arrêté du Grand Conseil
CHOP	Classification suisse des interventions chirurgicales
CHR	Centre hospitalier régional
CIM	Classification internationale des maladies (publiée par l'Organisation mondiale de la santé)
DSSI	Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration (anc. SAP)
ODH	Office des hôpitaux
SAP	Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale
SPR	Service psychiatrique régional

Liste des actes législatifs

aLSH	Loi du 5 juin 2005 sur les soins hospitaliers (abrogée au 31 décembre 2013)
CO	Code des obligations Loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse (livre cinquième : droit des obligations ; RS 220)
ConstC	Constitution du canton de Berne du 6 juin 1993 (RSB 101.1)
LAI	Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20)
LAMal	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
LCPD	Loi du 19 février 1986 sur la protection des données (RSB 152.04)
LCSu	Loi du 16 septembre 1992 sur les subventions cantonales (RSB 641.1)
LiLAMAM	Loi du 6 juin 2000 portant introduction des lois fédérales sur l'assurance-maladie, sur l'assurance-accidents et sur l'assurance militaire (RSB 842.11)
LOCA	Loi du 20 juin 1995 sur l'organisation du Conseil-exécutif et de l'administration (loi d'organisation ; RSB 152.01)
LSH	Loi du 13 juin 2013 sur les soins hospitaliers (RSB 812.11)
OSH	Ordonnance du 23 octobre 2013 sur les soins hospitaliers (RSB 812.112)

1. Synthèse

La présente révision partielle de la loi du 13 juin 2013 sur les soins hospitaliers (LSH)¹ découle de trois mandats du Grand Conseil :

- Motion 205-2015 Fuchs (Berne, UDC) *Faire connaître l'accouchement confidentiel*
- Arrêté du Grand Conseil (AGC) 2015.GEF.1737 du 7 juin 2016 *Autonomisation des institutions psychiatriques cantonales ; droit de superficie et location : abandon de recettes*
- Motion 131-2018 Marti (Berne, PS) et Beutler-Hohenberger (Gwatt, PEV) *Médecins-chefs grassement payés : ça suffit !*

L'AGC susmentionné charge le Conseil-exécutif de créer la base juridique requise pour permettre aux cliniques psychiatriques devenues autonomes le 1^{er} janvier 2017 de continuer à être exemptées de la rente du droit de superficie et à verser au canton des loyers réduits.

La révision partielle est également l'occasion de procéder à quelques adaptations dont la nécessité est ressortie de la pratique en clarifiant certains points, en remédiant à des incohérences ou en simplifiant la mise en œuvre sans remettre en question le but de ces dispositions. Possibilité est ainsi donnée au gouvernement de déléguer à la Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration (DSSI) la réglementation de domaines revêtant un caractère éminemment technique.

2. Contexte

2.1 Généralités

Comme indiqué au chiffre 1, la présente révision partielle résulte en particulier de l'AGC 2015.GEF.1737 du 7 juin 2016. Lors de l'autonomisation de ses institutions psychiatriques, le canton de Berne a accordé des droits de superficie à ces dernières et a conclu des contrats de bail avec les nouvelles sociétés anonymes. Par souci de viabilité, le Grand Conseil a décidé, par ledit AGC, de renoncer entièrement aux rentes du droit de superficie et partiellement aux loyers, en convenant de montants réduits. L'arrêté portant sur l'abandon de recettes est toutefois limité à une période de cinq ans expirant fin 2021. Le Grand Conseil a donc chargé le gouvernement d'élaborer une nouvelle base juridique d'ici là. C'est chose faite avec l'article 39a, qui crée comme souhaité une réglementation spéciale instaurant un abandon de durée indéterminée.

Il s'agissait par ailleurs de réaliser les deux interventions adoptées par le Grand Conseil mentionnées au chiffre 1.

En ce qui concerne la motion 205-2015, le Conseil-exécutif propose d'astreindre les hôpitaux répertoriés à offrir à leurs patientes la possibilité d'un accouchement confidentiel (voir art. 55a).

Pour ce qui est de la motion 131-2018, il suggère d'inscrire dans le nouvel article 51a l'obligation de communiquer au canton les salaires des médecins-chefs et des médecins-chefes.

La LSH étant entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2014, l'administration a pu engranger plus de cinq ans d'expérience dans la mise en œuvre des modifications ou des nouvelles dispositions. Certaines sont précisées ou adaptées afin de simplifier l'exécution de la loi sans compromettre leur esprit :

- L'article 7 est reformulé pour assouplir la révision de la planification des soins.
- L'article 51 concernant la publication d'un rapport sur les indemnités par les hôpitaux répertoriés est rectifié (précision concernant le renvoi au Code des obligations).

¹ RSB 812.11

- L'article 56 exigeant des hôpitaux répertoriés qu'ils gèrent le cycle de vie de leur infrastructure est abrogé, de même que l'extension de cette obligation aux services de sauvetage (art. 95).
- L'article 57 simplifie le régime des sanctions en cas de violation des obligations légales, tout comme les articles 96 et 128 (voir ci-après).
- L'article 88, imprécis, est abrogé, car il ne répond pas aux exigences posées par la Constitution bernoise pour pouvoir contraindre les fournisseurs de prestations de sauvetage à se regrouper.
- Les articles 100, 121a et 127 donnent au Conseil-exécutif la possibilité de déléguer à la DSSI des tâches de caractère très technique.
- L'article 127 adapte également les modalités de remise des données imposées aux hôpitaux répertoriés.
- L'article 128 simplifie les sanctions applicables à ces derniers et aux services de sauvetage en cas de violation de l'obligation de remise des données.
- L'article 130 précise l'application aux fournisseurs de prestations de la loi du 19 février 1986 sur la protection des données (LCPD)².
- Les articles 17, 18, 37, 42, 52, 78, 79, 86, 90, 107 et 111 font par ailleurs l'objet d'adaptations mineures d'ordre rédactionnel qui ne concernent que le texte français.
- La modification indirecte de l'article 9a de la loi du 6 juin 2000 portant introduction des lois fédérales sur l'assurance-maladie, sur l'assurance-accidents et sur l'assurance militaire (LiLAMAM)³ libère le gouvernement de l'obligation de fixer annuellement, même sans nouvelle donne, la part cantonale de la rémunération des prestations hospitalières à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Le fait que seules ces quelques modifications, dont plusieurs minimes, sont proposées par le Conseil-exécutif après cinq ans de mise en œuvre montre que, dans l'ensemble, la LSH totalement révisée entrée en vigueur en 2014 a fait ses preuves.

Il convient encore de mentionner que, vu le changement de nom des Directions cantonales au 1^{er} janvier 2020, la nouvelle désignation de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP) – soit Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration (DSSI) – est employée dans les dispositions révisées où la Direction est mentionnée. Les autres articles de la loi feront l'objet, tout comme l'ensemble de la législation bernoise, d'un acte modificateur unique du Conseil-exécutif sous la forme d'une ordonnance, de sorte que le Grand Conseil n'ait pas à se préoccuper d'une question purement technique sans incidence matérielle. La nouvelle dénomination est employée dans le présent rapport.

2.2 Classement d'interventions parlementaires

Les interventions parlementaires suivantes, adoptées par le Grand Conseil, contiennent des mandats que la présente révision partielle permet de remplir :

Catégorie	Titre de l'affaire
Motion 205-2015 Fuchs (Berne, UDC)	<i>Faire connaître l'accouchement confidentiel</i>
AGC 2015.GEF.1737 du 7 juin 2016	<i>Autonomisation des institutions psychiatriques cantonales ; droit de superficie et location : abandon de recettes</i>
Motion 131-2018 Marti (Berne, PS) et Beutler-Hohenberger (Gwatt, PEV)	<i>Médecins-chefs grassement payés : ça suffit !</i>

² RSB 152.04

³ RSB 842.11

2.3 Tableau synoptique des adaptations

Thème	Article	Motif	Contenu	But
Révision de la planification des soins	• Art. 7, al. 2 à 4	L'élaboration de la planification des soins est un processus de longue haleine. Elle constitue en outre le fondement des nouvelles listes des hôpitaux, qui requièrent elles aussi un travail non négligeable.	Adaptation de la périodicité et possibilité d'une révision modulaire	Assouplir les délais de révision et donner une plus grande sécurité de planification aux fournisseurs de prestations
Renoncement total aux rentes du droit de superficie et partiel aux loyers dus par les institutions psychiatriques cantonales	• Art. 39a (nouveau)	Il y a lieu d'inscrire dans la loi les dispositions de l'AGC 2015.GEF.1737 du 7 juin 2016.	Prolongation pour une durée indéterminée de l'abandon de recettes valable jusqu'en 2021 et élimination d'une inégalité par rapport aux CHR, pour lesquels les droits de superficie ont été établis à titre gracieux (art. 143 LSH)	Assurer l'égalité de traitement entre services psychiatriques universitaires (SPR) et centres hospitaliers régionaux (CHR)
Rapport sur les indemnités	• Art. 51, al. 1, lit. c • Art. 51, al. 1^{bis} • Art. 51, al. 5	Il convient de réaliser la motion 131-2018 <i>Médecins-chefs grassement payés : ça suffit !</i> La transparence doit être garantie. Un renvoi imprécis au Code des obligations est à corriger.	Salaires des médecins-chefs et médecins-cheffes désormais traités à l'article 51a Présentation du salaire du président ou de la présidente de la direction Présentation des indemnités par groupe de personnes, sans obligation de publier des montants individuels avec mention du nom	Eviter un excès de réglementation Accroître la transparence Clarifier les prescriptions pour les organes de révision des hôpitaux répertoriés
Salaires des médecins-chefs et médecins-cheffes	• Art. 51a (nouveau) • Art. 57	Il convient de réaliser la motion 131-2018 <i>Médecins-chefs grassement payés : ça suffit !</i>	Communication et publication des salaires des médecins-chefs et médecins-cheffes (fourchettes et nombre de personnes)	Informar et sensibiliser le public
Accouchement confidentiel	• Art. 55a (nouveau) • Art. 57, al. 1 et 2	Il s'agit de réaliser la motion 205-2015 <i>Faire connaître l'accouchement confidentiel.</i>	Obligation des hôpitaux répertoriés de donner la possibilité d'un accouchement confidentiel et de la faire connaître	Améliorer la prise en charge en cas de détresse psychique et sociale

Thème	Article	Motif	Contenu	But
Gestion du cycle de vie de l'infrastructure	• Art. 56 (abrogation) • Art. 57 • Art. 95 • Art. 96	Les prescriptions actuelles entraînent une lourde charge de travail tant pour les hôpitaux répertoriés et les services de sauvetage que pour l'administration, sans apporter d'avantage flagrant.	Suppression des prescriptions légales concernant la gestion du cycle de vie	Réduire la charge administrative
Sanctions en cas de violation des obligations légales (remise des données en particulier)	• Art. 57 • Art. 96 • Art. 128	Les dispositions actuelles sont trop rigides et compliquées.	Simplification et harmonisation	Unifier le système de sanctions tout en permettant de tenir compte des circonstances du cas particulier
Organisation cantonale de sauvetage réunissant la centrale d'appels sanitaires urgents et les services de sauvetage régionaux	• Art. 88 • Art. 92 • Art. 94	Les consignes constitutionnelles ne sont pas remplies.	Abrogation de la compétence du Conseil-exécutif (disposition potestative)	Régler par d'autres moyens la collaboration entre les prestataires de sauvetage (p. ex. appel d'offres)
Délégation de compétences réglementaires à la DSSI	• Art. 100, al. 6, lit. b • Art. 121a • Art. 127, al. 3	La réglementation actuelle ne permet guère de tenir compte des innovations techniques et organisationnelles, ni de procéder à des développements systémiques et méthodologiques.	Possibilité pour le Conseil-exécutif de déléguer à la DSSI sa compétence de réglementation pour les adaptations d'ordre très technique	Rester en phase avec l'évolution
Obligation de remise des données	• Art. 127, al. 1, lit. g et al. 2	Le traitement électronique des factures adressées à la patientèle implique la transmission d'informations nominatives.	Remise par les hôpitaux répertoriés, sous une forme non anonyme, des données requises pour le contrôle des factures portant sur des prestations cofinancées par le canton	Permettre le traitement électronique des factures et leur contrôle efficace
Protection des données	• Art. 130	En tant qu'employeurs, les personnes privées ne sont pas soumises à la loi cantonale, mais à la loi fédérale sur la protection des données.	Adaptation du champ d'application en ce qui concerne les fournisseurs de prestations	Eviter une imprécision et assouplir l'application en tenant compte du cas particulier

Thème	Article	Motif	Contenu	But
Part cantonale de la rémunération des prestations hospitalières à la charge de l'assurance-maladie	• Art. 9a LiLAMAM (modification indirecte)	La disposition actuelle contraint le gouvernement à fixer cette part annuellement, alors même qu'elle est toujours demeurée inchangée (55%).	Adaptation de la périodicité par la suppression du terme « annuellement »	Réduire la charge administrative tout en respectant les dispositions du droit fédéral (art. 49a, al. 2 ^{ter} de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ⁴)

⁴ LAMal (RS 832.10)

3. Commentaire des articles

3.1 Modification de la LSH

Article 7 (2. Approbation et révision)

Alinéa 2

La planification des soins englobe cinq domaines : soins aigus somatiques, psychiatrie, réadaptation, sauvetage et professions de la santé⁵. Conformément à l'alinéa 2 en vigueur, elle est en principe révisée tous les quatre ans. Or, une telle adaptation est une tâche de longue haleine, qui nécessite des ressources importantes (voir art. 6 LSH pour le contenu à couvrir). L'expérience montre qu'une révision moins fréquente suffirait (p. ex. tous les huit à dix ans). Il convient donc d'assouplir la périodicité fixée dans le présent alinéa, sans toutefois dépasser un intervalle de dix ans afin de pouvoir tenir dûment compte de l'évolution.

Alinéa 3

La planification des soins peut être révisée en même temps dans les cinq domaines. Il peut cependant s'avérer judicieux ou nécessaire d'en adapter une partie seulement (p. ex. suite à des changements imprévus, à la modification de prescriptions fédérales ou lorsque des données importantes pour la planification ne sont disponibles que partiellement). Ce sera désormais chose possible.

Alinéa 4

Le Conseil-exécutif peut, s'il le souhaite, définir par voie d'ordonnance la périodicité (et donc l'échelonnement) de la révision ainsi que la division de la planification en domaines, par exemple pour éviter le cumul de gros projets et, partant, répartir la charge de travail et prévenir un manque de capacités à plus long terme.

Article 16 (Désignation des CHR et des SPR)

Alinéa 3

La disposition en vigueur renvoyait par erreur à l'article 35, alors que c'est l'article 36 qui règle le contrat avec l'Hôpital de l'île. La version française fait en outre l'objet d'une adaptation rédactionnelle.

Article 39a (Droits de superficie et contrats de bail)

Les Services psychiatriques universitaires (SPU SA), le Centre psychiatrique de Münsingen (CPM) et les Services psychiatriques Jura bernois – Bienne-Seeland (SPJBB) étaient des institutions psychiatriques cantonales jusqu'au 31 décembre 2016, ce qui signifie qu'elles constituaient des unités administratives assimilées au sein du canton. Au 1^{er} janvier 2017, elles ont été transformées en sociétés anonymes (SA) conformément aux articles 32, alinéa 1 et 37, alinéa 1 LSH. En d'autres termes, elles ont suivi un processus d'autonomisation et ont été externalisées de l'administration cantonale.

S'agissant de l'organisation des SA, de la participation auxdites sociétés et de l'exercice des droits de participation, les dispositions applicables aux centres hospitaliers régionaux sont valables pour ces trois institutions (voir art. 33 et 38 LSH).

Dans le cadre de l'autonomisation des cliniques psychiatriques, le Grand Conseil a également arrêté, le 7 juin 2016, une capitalisation de ces SA. Par souci de viabilité, la dotation requise a été calculée en renonçant entièrement aux rentes du droit de superficie et partiellement aux loyers⁶. L'arrêté est toutefois limité à une période de cinq ans qui touche à son terme fin 2021.

⁵ Voir art. 2 LSH

⁶ AGC 2015.GEF.1737 du 7 juin 2016 *Autonomisation des institutions psychiatriques cantonales. Droit de superficie et location : abandon de recettes*

Le Grand Conseil a donc chargé le Conseil-exécutif d'élaborer d'ici là une nouvelle base juridique visant à instaurer un abandon de recettes de durée indéterminée.

Alinéa 1

La réglementation introduite à l'article 39a, alinéa 1 LSH évite que les trois institutions psychiatriques ne soient défavorisées par rapport aux CHR, qui disposent déjà de droits de superficie établis à titre gracieux, comme prévu à l'article 143 LSH. L'abandon de recettes tient par ailleurs compte du fait que les institutions en question occupent des bâtiments historiques protégés peu propices d'un point de vue fonctionnel. De ce fait, il garantit que les cliniques ne soient pas désavantagées par rapport à d'autres fournisseurs de prestations psychiatriques en concurrence avec elles.

Lettre a

Les deux contrats de droit de superficie du 26 septembre 2016 conclus devant le notaire Markus Schärer concernant le CPM SA (minute n° 1445) et les SPU SA (minute n° 1446) prévoient au chiffre 2.3 que l'octroi du droit de superficie et le transfert de propriété sur les bâtiments qui en découle se fassent sans indemnisation. Ce chiffre 2.3 renvoie à l'arrêté du Grand Conseil du 7 juin 2016 précité, qui fixe un abandon de recettes pour une période limitée à cinq ans et demande l'instauration, pendant ladite période, d'une base légale de durée indéterminée dans la LSH. Tel est le but de la présente disposition.

Lettre b

S'agissant du Réseau santé mentale (RSM) SA (anc. SPJBB), la location est la solution retenue dans le cadre de l'autonomisation. Le contrat de bail du 8 décembre 2016 entre le canton de Berne et le RSM SA porte aussi sur la période du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2021, en adéquation avec l'AGC du 7 juin 2016. La conclusion d'un bail à loyer à partir du 1^{er} janvier 2022 requiert l'assentiment des deux parties et la signature d'un nouveau contrat. Le présent article 39a, alinéa 1, lettre b fournit la base juridique ad hoc, autorisant le canton de Berne en sa qualité de bailleur à convenir d'un loyer inspiré de celui exigé jusqu'ici, ce qui induit un abandon de recettes. Le fait que le loyer soit défini sur la base de celui fixé précédemment ne signifie pas que le montant doit être identique. Il est par exemple envisageable de l'adapter au renchérissement.

Le commentaire ci-dessus vaut par analogie pour le contrat de bail conclu entre les SPU SA et le canton concernant l'immeuble érigé sur le site de l'Hôpital de l'Ile⁷.

Il est renoncé à préciser à l'alinéa 1 les modalités d'un renouvellement des contrats de droit de superficie. En effet, tous les contrats conclus en 2016 prévoient au chiffre 6.5 une échéance au 31 décembre 2066. Le Conseil-exécutif ne juge pas opportun d'édicter une réglementation qui ne s'appliquera que dans quelque 45 ans.

Les dispositions de l'alinéa 1 s'appliquent à la condition que les SPR ou les SPU SA utilisent eux-mêmes directement les immeubles ou les objets loués à des fins opérationnelles et économiques et qu'ils les affectent aux soins hospitaliers. Ainsi, une exonération de la rente du droit de superficie est exclue dès lors qu'une institution psychiatrique ne veut plus employer elle-même les bâtiments mais qu'elle souhaite les louer à des tiers ou leur donner un usage autre que les soins hospitaliers. Dans un tel cas, le canton conviendrait un loyer plus élevé avec le SPR ou les SPU SA (voir al. 2). Il est souligné par là que l'abandon total de la rente du droit de superficie et la renonciation à une part de loyer sont destinés à assurer les soins hospitaliers par ces établissements eux-mêmes. Ces soins ne se limitent toutefois pas aux domaines mentionnés à l'article 2 LSH. Leur définition au sens du présent alinéa englobe également, par exemple, la réinsertion de patients et de patientes, leur occupation en atelier, les traitements ambulatoires prodigués par l'institution psychiatrique ou encore des domaines en aval des soins hospitaliers.

⁷ Contrat de bail (gros œuvre) n° 108357 des 13 et 27 avril 2018 entre le canton de Berne, agissant par la Direction des travaux publics, des transports et de l'énergie, représentée par l'Office des immeubles et des constructions, et les SPU SA

Les contrats de droit de superficie existants, conclus en raison de l'autonomisation des cliniques psychiatriques, prévoient au chiffre 2.3 que la rente est à fixer par avenant dès que la base légale requise (c'est-à-dire le présent article) figurera dans la LSH. Le canton, par l'intermédiaire du notaire mandaté ou de la notaire mandatée, pourra inscrire dans ces avenants que, conformément à l'article 39a, alinéa 2 LSH, il est renoncé à une rente du droit de superficie uniquement si les institutions concernées utilisent elles-mêmes directement les immeubles ou les objets loués à des fins opérationnelles et économiques, en les affectant aux soins hospitaliers.

Alinéa 2

Pour les contrats de droit de superficie existants, l'alinéa 2 ne fait qu'entériner leur chiffre 6.6, qui renvoie notamment à la nouvelle base juridique visant à instaurer un abandon de recettes de durée indéterminée (soit au présent article). Ce chiffre 6.6 prévoit qu'il convient de fixer une rente du droit de superficie avant le transfert de propriété si l'acquéreur n'entre ni dans le champ d'application de l'AGC du 7 juin 2016, ni dans celui de la réglementation spéciale relative à l'abandon de recettes de durée indéterminée. L'alinéa 2 s'applique au cas où le canton souhaite conclure un contrat de bail non pas avec un SPR ou avec les SPU SA, mais avec un tiers, et ce même si ce dernier fournit des prestations hospitalières. Cette réglementation permet de s'assurer qu'aucun tiers ne puisse profiter des conditions de faveur décrites ci-dessus. L'alinéa 2 vaut également si un SPR ou les SPU SA continuent de louer un bâtiment, mais en l'affectant à un autre usage (voir al. 1). Il s'applique enfin si un SPR ou les SPU SA préfèrent louer un autre bâtiment au canton plutôt que renouveler le bail existant. Il en va de même si un SPR ou les SPU SA souhaitent conclure un nouveau contrat de droit de superficie pour un autre terrain appartenant au canton. Ces exemples ne sont pas exhaustifs.

Article 51 (Rapport sur les indemnités)

Alinéa 1

Selon l'alinéa 1 en vigueur, les hôpitaux répertoriés situés dans le canton de Berne publient un rapport non seulement sur le total des indemnités qu'ils ont versées aux membres de leur organe de gestion stratégique (lit. *a*) et aux membres de leur direction (lit. *b*), mais aussi aux cadres de leurs cliniques et des unités organisationnelles appartenant au même niveau hiérarchique (lit. *c*). Or, la lettre *c* visait spécifiquement les médecins-chefs et médecins-chefes, dont la communication des salaires est désormais réglée de manière plus détaillée dans le nouvel article 51a, suite à l'adoption de la motion 131-2018 *Médecins-chefs grassement payés : ça suffit !* La lettre *c* de l'article 51 concernant ce troisième cercle de personnes peut donc être abrogée afin d'éviter un doublon, partant un excès de réglementation. Par ailleurs, le champ d'application des lettres *a* et *b* correspond ainsi précisément à celui défini à l'article 8, alinéa 4 de la loi du 16 septembre 1992 sur les subventions cantonales (LCSu)⁸ pour les allocataires tenus de publier un rapport sur les indemnités.

Alinéa 1^{bis}

Il découle de cette nouvelle disposition que les hôpitaux répertoriés doivent préciser, dans le rapport sur les indemnités, le salaire versé au président ou à la présidente de la direction. Selon la nouvelle version de l'article 51, ils publient un rapport sur le total des indemnités qu'ils ont versées aux membres de leur organe de gestion stratégique et aux membres de leur direction. L'expérience montre que le salaire du président ou de la présidente est le plus élevé parmi les membres de la direction, à l'exception de celui versé aux médecins membres de la direction et pour lesquels les tâches de direction ne représentent qu'une partie de leur temps de travail.

⁸ RSB 641.1

Alinéa 4

Vu l'adaptation du champ d'application de l'alinéa 1, l'alinéa 4 peut être simplifié. Il s'agit là d'une adaptation purement rédactionnelle.

Alinéa 5

Conformément à l'article 51, alinéa 1 LSH, les hôpitaux répertoriés sont tenus de publier un rapport sur le total des indemnités qu'ils ont versées aux membres de leur organe de gestion stratégique (lit. a), aux membres de leur direction (lit. b) et aux cadres de leurs cliniques et des unités organisationnelles appartenant au même niveau hiérarchique (lit. c). A noter cependant que la lettre c a été abrogée dans la nouvelle version de l'article 51, alinéa 1 (voir à ce sujet le commentaire relatif à l'art. 51, al. 1). Il découle tant de l'ancienne que de la nouvelle version de l'alinéa 1 que selon la volonté du Grand Conseil, seule la somme de toutes les indemnités versées à des groupes de personnes déterminés doit être communiquée, sans préciser les noms et fonctions des différents membres.

Dans la version en vigueur, l'alinéa 5 renvoie ensuite à l'article 663b^{bis}, alinéa 4 du Code des obligations⁹. Or, cette disposition du CO prévoit, en contradiction avec l'article 51, alinéa 1 LSH susmentionné, que ces indications doivent inclure les montants « avec mention du nom et de la fonction » du membre concerné. Il s'agit par conséquent de rendre l'alinéa 5 compatible avec l'alinéa 1 de l'article 51 LSH en précisant que les informations sur les indemnités sont certes toujours analogues à celles prévues à l'article 663b^{bis}, alinéa 4 CO, mais sans la mention du nom et de la fonction. Demeurent réservées les dispositions de l'alinéa 1^{bis} en vertu duquel les hôpitaux répertoriés sont tenus de préciser, dans le rapport sur les indemnités, le salaire versé au président ou à la présidente de la direction.

Article 51a (Salaires des médecins-chefs et des médecins-chefes)

Le Grand Conseil a adopté notamment le point 4 de la motion 131-2018 *Médecins-chefs grassement payés : ça suffit !* dont la teneur est : « Les hôpitaux présenteront les salaires des médecins-chef-fe-s de manière transparente (nombre de personnes par fourchette de salaires) ».

Alinéa 1

Conformément à cette disposition, les hôpitaux répertoriés situés dans le canton de Berne communiquent au service compétent de la DSSI les salaires des médecins-chefs et des médecins-chefes qu'ils emploient, en rendant les données anonymes. S'il ne s'agit pas d'un emploi à plein temps, le salaire est extrapolé à un taux d'activité de 100 pour cent.

On entend par médecin-chef-fe un ou une médecin occupant une fonction dirigeante dans un hôpital répertorié. En règle générale, cette fonction se définit par les caractéristiques suivantes :

- la personne dispose d'un titre de médecin spécialiste ou d'une habilitation (clinique universitaire) ;
- elle assume la responsabilité professionnelle et disciplinaire d'un sous-domaine médical (unité hospitalière ou sous-spécialité) ;
- elle assume la responsabilité finale du traitement du patient ou de la patiente ;
- elle est le plus souvent subordonnée au directeur médical ou à la directrice médicale ;
- le personnel médical lui est subordonné, de même que le personnel non médical dans de nombreux cas.

Cette fonction ne doit pas être confondue avec la direction médicale, responsable de l'organisation et de la supervision de l'ensemble du service médical d'un hôpital. Les salaires des chargés et chargées de recherche ainsi que des professeurs et professeuses d'université ne sont pas considérés comme des salaires de médecins-chefs ou médecins-chefes si la

⁹ Loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse (livre cinquième : droit des obligations, CO ; RS 220)

rémunération est réglée par l'université. Les médecins agréés et agréées, sans rapport hiérarchique, ne sont pas assimilés à des médecins-chefs ou médecins-cheffes.

Alinéa 2

Cette disposition précise ce que l'on entend par salaire.

Lettres a et b

La liste des rémunérations fixes et variables telle que présentée n'est pas exhaustive. Sont déterminantes toutes les rémunérations que le médecin-chef ou la médecin-cheffe reçoit directement ou indirectement de l'hôpital répertorié pour sa fonction.

Lettre c

Les cotisations de l'hôpital répertorié à la prévoyance professionnelle du médecin-chef ou de la médecin-cheffe ainsi que ses contributions aux rachats de cotisations auprès de son institution de prévoyance professionnelle font également partie du salaire à communiquer conformément à l'alinéa 1. Il convient d'indiquer les éléments du salaire brut pour permettre la comparaison.

Alinéa 3

Le service compétent de la DSSI publie chaque année sur internet le montant des salaires qui lui ont été communiqués, sous une forme appropriée. Comme suggéré dans la motion, il est possible de définir par exemple des fourchettes plus ou moins larges selon le nombre de personnes concernées par catégorie. Le but est de fournir le tableau le plus révélateur possible des salaires des médecins-chefs et des médecins-cheffes, sans préciser leurs noms (voir al. 1).

Alinéa 4

Le Conseil-exécutif peut régler par voie d'ordonnance les éléments du salaire que les hôpitaux répertoriés communiquent à l'Office des hôpitaux (ODH), à supposer que la définition du salaire donnée à l'alinéa 2 ne soit pas assez nuancée. Les prestations financières versées aux médecins-chefs et aux médecins-cheffes qu'il convient de transmettre doivent être aussi complètes que possible afin que le montant total visible sur internet livre une vue d'ensemble réaliste. Le gouvernement peut en outre définir le cercle des personnes réputées médecin-chef ou médecin-cheffe s'il devait apparaître à l'usage que la définition de la fonction telle que donnée dans le commentaire de l'alinéa 1 n'est pas assez précise.

Article 55a (Accouchement confidentiel)

Alinéa 1

Les femmes enceintes souhaitant accoucher confidentiellement ne doivent pas être limitées dans le choix de l'hôpital, afin de pouvoir se protéger elles-mêmes et préserver leur enfant au mieux de leur entourage plus ou moins proche (garantie de la confidentialité). Pour cette raison, tous les hôpitaux au bénéfice d'un mandat de prestations en obstétrique doivent a priori accueillir les femmes désireuses de recourir à l'accouchement confidentiel. Le Conseil-exécutif peut toutefois prévoir des exceptions à cet égard (voir al. 4, lit. d).

Les maisons de naissance ne sont pas tenues de proposer l'accouchement confidentiel. Elles offrent bien sûr un encadrement médical à la mère et à l'enfant. Mais leur espace plus restreint, la spécialisation moindre de leurs services administratifs et l'ambiance souvent plus familiale qui y règne ne sont guère compatibles avec la garantie de la discrétion la plus grande possible.

Si la femme enceinte se rend dans un hôpital sans mandat de prestations en obstétrique, celui-ci est tenu, en vertu de l'article 49, alinéa 1 LSH, d'organiser un transfert vers un hôpital répertorié au bénéfice d'un tel mandat, après avoir prodigué les premiers secours nécessaires (art. 49, al. 2 LSH). L'hôpital veillera à assurer une discrétion adaptée aux circonstances même en cas d'urgence.

Alinéa 2

Lettre a

On entend par accouchement confidentiel un accouchement pour lequel l'hôpital veille, par des mesures spécifiques, à ce que l'entourage de la mère ne soit pas mis au courant de la

naissance. Ces mesures visent à assurer la confidentialité d'une part lors du traitement, du suivi et du conseil à l'hôpital, d'autre part dans les procédures administratives (décompte avec l'assurance-maladie, annonce de la naissance à l'autorité de l'état civil ou à l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte [APEA]). La réglementation de l'accouchement confidentiel présuppose que les femmes qui y ont recours peuvent bénéficier des mêmes prestations hospitalières générales que les autres assurées ainsi que de prestations spécifiques liées à la maternité.

Lettre b

Les hôpitaux font connaître l'accouchement confidentiel de manière appropriée, par exemple sur leur site internet, afin que les femmes enceintes, les personnes intéressées et les spécialistes des différents domaines (travail social, médecine, psychologie ou pédagogie) puissent trouver les informations relatives à cette prestation. Il convient également d'attirer l'attention sur cette possibilité dans les informations concernant les « boîtes à bébés ».

Alinéa 3

Lors d'un accouchement confidentiel, l'hôpital fournit, pour garantir le secret, des prestations supplémentaires qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (ou plus précisément par l'assureur et le canton de résidence selon l'article 49a LAMal), dont la couverture se limite aux frais d'un accouchement traditionnel. L'aide sociale communale n'endosse pas non plus ces frais. Par conséquent, la présente disposition établit que le canton verse aux hôpitaux répertoriés un forfait par accouchement confidentiel destiné à couvrir les dépenses additionnelles induites par l'obligation de discrétion. Il s'agit en particulier des charges suivantes :

- la consignation de l'identité de la mère et l'attribution d'un pseudonyme à la mère et à l'enfant ainsi que d'autres tâches administratives supplémentaires en rapport avec le décompte et l'obligation d'annoncer,
- la mise à disposition d'une chambre individuelle avec le service hôtelier correspondant pour la mère (assurée en division commune installée en chambre individuelle), source principale du surcoût,
- l'éventuelle prise en charge de l'enfant après la sortie de la mère jusqu'à son placement (jours supplémentaires de l'enfant),
- l'information et la consultation sociale éventuelle pour les femmes ayant recouru à l'accouchement confidentiel.

Alinéa 4

Le Conseil-exécutif peut édicter par voie d'ordonnance les dispositions requises pour l'exécution. La liste qui suit n'est donnée qu'à titre indicatif.

Lettre a

Le gouvernement peut régler les mesures spécifiques à prendre pour garantir la confidentialité. La discrétion requise pour la mère et l'enfant est assurée en les protégeant de leur entourage et en limitant au strict minimum le nombre des personnes qui ont accès à leur identité réelle et qui sont en contact avec la mère pendant son séjour à l'hôpital. Des précisions peuvent par exemple s'imposer en ce qui concerne la consignation de l'identité de la mère et l'attribution du pseudonyme, la documentation relative au traitement, la mise à disposition d'une chambre individuelle avec le service hôtelier correspondant et les mesures visant à ce qu'aucune information ne soit communiquée à des tiers. Le Conseil-exécutif peut également régler, le cas échéant, les procédures administratives nécessaires au décompte (caisse-maladie en particulier) et à l'information des services officiels, notamment la transmission confidentielle de l'annonce de la naissance aux autorités légales compétentes (état civil au lieu de naissance de l'enfant, APEA du lieu de résidence ou de séjour de la mère ou de l'enfant).

Lettre b

Le gouvernement peut définir les prestations induites par l'accouchement confidentiel. Celles-ci englobent a priori toutes les prestations médicales fournies dans le cadre d'un accouchement

hospitalier prises en charge par l'assurance obligatoire des soins. Ce sont essentiellement les examens de contrôle peu avant la naissance, l'accouchement, le séjour ainsi que les contrôles post-partum chez la mère et l'enfant. Des précisions peuvent s'avérer judicieuses, le cas échéant, concernant la possibilité d'un accouchement en mode ambulatoire, la prise en charge du nouveau-né après la sortie de la mère jusqu'à son placement et le recours de la mère à des prestations de conseil en vertu des articles 52 (consultation sociale) et 53 LSH (aumônerie).

Lettre c

Le Conseil-exécutif peut régler le montant du forfait destiné à couvrir les charges supplémentaires au sens de l'alinéa 3 : les prestations additionnelles sont parfois étroitement liées à des tâches générales dévolues aux hôpitaux ou à des obligations légales (consultation sociale selon art. 52 et aumônerie selon art. 53). Elles sont difficiles à évaluer mais, a priori, ne devraient pas avoir de répercussions importantes en termes de coûts.

Lettre d

Le gouvernement peut, par voie d'ordonnance, dispenser certains hôpitaux répertoriés de l'obligation de proposer l'accouchement confidentiel. Cette exemption peut être motivée en particulier par la petite taille d'un hôpital qui devrait mettre en œuvre des moyens disproportionnés pour garantir la confidentialité.

Article 56 (Gestion du cycle de vie)

Cette disposition est abrogée. Jusqu'ici, les hôpitaux et maisons de naissance répertoriés ainsi que les services de sauvetage devaient gérer le cycle de vie de leur infrastructure et en informer le service compétent de la SAP (DSSI depuis le 1^{er} janvier 2020). Conformément à l'article 19 de l'ordonnance du 23 octobre 2013 sur les soins hospitaliers (OSH)¹⁰, celle-ci évalue les données transmises, condense ses remarques dans un rapport au Conseil-exécutif et entretient par ce biais le dialogue avec chacun des fournisseurs de prestations, afin que ces derniers adaptent le cas échéant leur stratégie d'investissement.

La mise en œuvre de ces prescriptions est proportionnellement lourde tant pour les institutions que pour l'administration. Tous les fournisseurs de prestations doivent en effet remettre des données standardisées dans le même délai. Ces contraintes sont d'autant plus pesantes et parfois peu adaptées que la situation individuelle de chaque institution doit aussi être prise en compte et évaluée. De plus, même si l'analyse montre la nécessité de prendre des mesures, notamment par comparaison avec d'autres fournisseurs de prestations, le canton ne peut pas les imposer, dès lors que la compétence et la responsabilité des investissements reviennent exclusivement à l'institution selon le droit en vigueur, qui permet uniquement à l'administration d'engager le dialogue. En collaboration avec des spécialistes externes, le canton a développé ces dernières années un outil permettant de standardiser le relevé des données et d'effectuer des évaluations sur une base modulaire. Si des données ont bien été saisies, elles n'ont cependant pas été exploitées, et les retards n'ont donné lieu à aucune sanction, pour les raisons évoquées. Au vu de ce qui précède, le Conseil-exécutif a décidé de renoncer à la gestion du cycle de vie de l'infrastructure et propose d'abroger l'article 56 (ACE 99/2019 du 6 février 2019). Les fournisseurs de prestations sont bien entendu libres de continuer à utiliser un tel instrument sous leur propre responsabilité.

La rémunération des prestations hospitalières comprend une part dédiée au financement de l'infrastructure. Pour qu'un hôpital puisse maintenir cette dernière durablement, il lui faut dégager une marge EBITDA¹¹ de huit à douze pour cent en moyenne, selon le domaine et le niveau de soins. S'il n'y parvient pas pendant plusieurs années consécutives, il en découlera très probablement une négligence de son infrastructure. Même sans imposer une gestion du

¹⁰ RSB 812.112

¹¹ Marge brute d'autofinancement (EBITDA = *earnings before interest, taxes, depreciation and amortization*, soit bénéfice avant intérêts, impôts, dépréciation et amortissements)

cycle de vie aux établissements répertoriés, le canton a la possibilité de constater si ceux-ci disposent de suffisamment de fonds pour les investissements requis en la matière.

Article 57 (Sanctions administratives)

Cet article règle les sanctions administratives que le canton peut ordonner contre un fournisseur de prestations (maison de naissance ou hôpital répertorié) qui viole des obligations énoncées aux articles 49 ss. Il est entièrement révisé car, d'une part, la réglementation en vigueur est relativement compliquée et rigide, d'autre part, il semble judicieux d'harmoniser le régime des sanctions administratives prévues par la LSH (art. 57, 96 et 128).

Alinéa 1

En cas de violation partielle ou totale des obligations énoncées aux articles 49 à 55a, le service compétent de la DSSI prononce une sanction administrative pour l'année concernée sous la forme d'une amende pouvant atteindre 500 000 francs. Le montant plafond ne doit pas être infligé à la légère, mais être appliqué uniquement aux fournisseurs de prestations menant une grande entreprise qui ont commis une faute particulièrement grave (voir les commentaires ci-après). Les éventuelles sanctions sont prononcées au terme d'une procédure administrative et font l'objet d'une décision de l'ODH susceptible de recours auprès de la DSSI, puis du Tribunal administratif du canton de Berne.

Alinéa 2

Les faits pouvant mener à une sanction administrative sont très variables. Le montant de l'amende est à évaluer en fonction de la gravité de la faute et de la taille du fournisseur de prestations.

Alinéa 3

Cette disposition indique de manière non exhaustive les critères selon lesquels le service compétent de la DSSI évalue la gravité de la faute, en faisant usage de son pouvoir d'appréciation.

Lettre a

L'importance de la violation de l'obligation est déterminante. Plus le devoir à remplir est essentiel, plus la faute est considérée comme lourde.

Lettre b

Pour rendre sa décision, le service compétent de la DSSI doit tenir compte des circonstances particulières de chaque cas, qui peuvent être fort diverses.

Alinéa 4

Afin d'inciter le fournisseur de prestations à respecter ses obligations à l'avenir, le montant de l'amende doit être en relation avec ses possibilités financières. Une somme trop basse n'est guère dissuasive. Il ne serait toutefois pas judicieux d'inscrire ici une réglementation trop rigide, car il s'agit de permettre une sanction proportionnée. C'est pourquoi la taille de l'institution est mesurée à l'aune du chiffre d'affaires (y compris variations des traitements en cours, prestations propres inscrites à l'actif et autres revenus d'exploitation). Est déterminant, en règle générale, le chiffre d'affaires atteint durant les cinq années précédant la décision de sanction.

Article 88 (Organisation cantonale de sauvetage)

Selon l'article en vigueur, le Conseil-exécutif peut créer une organisation cantonale de sauvetage réunissant la centrale d'appels sanitaires urgents et les services de sauvetage régionaux.

Il convient d'abroger le titre 3.1.4 *Organisation cantonale de sauvetage* ainsi que la présente disposition, qui ne satisfait pas aux exigences constitutionnelles à remplir par les organisations chargées de tâches publiques : selon l'article 95 de la Constitution du canton de Berne du

6 juin 1993 (ConstC)¹², le canton peut attribuer de telles tâches à des personnes privées ou à des institutions extérieures à l'administration, pour autant que la loi règle notamment les grandes lignes de l'organisation et des tâches. Le législateur peut certes se limiter à ce qui est fondamental et important¹³. Mais l'article 88 LSH ne répond pas à cette exigence, car il ne spécifie pas la forme juridique dont l'organisation cantonale de sauvetage est à pourvoir (société anonyme au sens des art. 620 ss CO ou société à responsabilité limitée, p. ex.). Une telle précision constitue pourtant un élément fondamental qui a été intégré notamment à l'article 19 LSH, conforme à la Constitution, selon lequel les CHR sont gérés sous forme de sociétés anonymes. Les rapports de propriété de cette organisation constituent un autre aspect essentiel qui aurait dû être réglé dans la LSH, comme cela a été fait, de manière compatible avec l'article 95 ConstC, à l'article 21 LSH portant sur la participation du canton aux SA des CHR. Au vu de ce qui précède, l'article 88 LSH ne permet pas de créer une organisation chargée de tâches publiques en conformité avec l'article 95 ConstC et doit donc être abrogé.

Les analyses réalisées montrent que, même si l'article 88 était constitutionnel, une organisation cantonale unique de sauvetage présenterait certes des perspectives de développement, mais aussi des risques non négligeables. Le canton pourrait ainsi dépendre d'une structure monopolistique. Le but d'encourager les services de sauvetage à renforcer leur collaboration est maintenu, mais doit être atteint par d'autres voies, par exemple en lançant des appels d'offres publics assujettis au droit des soumissions pour certaines prestations de sauvetage.

Article 92 (Obligation de sauvetage)

Vu l'abrogation de l'article 88, le renvoi figurant à l'article 92 est également supprimé.

Article 94 (Coordination avec les hôpitaux)

Dès lors que l'article 88 est abrogé, la mention de l'organisation cantonale de sauvetage figurant à l'article 94 n'a plus lieu d'être.

Article 95 (Autres obligations)

Le renvoi à l'article 56 concernant la gestion du cycle de vie, abrogé, est supprimé.

Article 96 (Sanctions administratives)

Cet article règle les sanctions administratives que le canton peut ordonner contre un fournisseur de prestations de sauvetage qui viole des obligations énoncées à l'article 50 (convention collective de travail) ou à l'article 92 (obligation de sauvetage). Il est entièrement révisé car, d'une part, la réglementation en vigueur est relativement compliquée et rigide, d'autre part, il semble judicieux d'harmoniser le régime des sanctions administratives prévues par la LSH (art. 57, 96 et 128).

Alinéa 1

En cas de violation partielle ou totale des obligations énoncées aux articles 50 ou 92 par un fournisseur de prestations de sauvetage, le service compétent de la DSSI prononce une sanction administrative pour l'année concernée sous la forme d'une amende pouvant atteindre 100 000 francs. Le montant plafond ne doit pas être infligé à la légère, mais être appliqué uniquement aux fournisseurs de prestations menant une grande entreprise qui ont commis une faute particulièrement grave (voir les commentaires ci-après). Les éventuelles sanctions sont prononcées au terme d'une procédure administrative et font l'objet d'une décision de l'ODH susceptible de recours auprès de la DSSI, puis du Tribunal administratif du canton de Berne.

¹² RSB 101.1

¹³ Kälén/Bolz (éditeurs), *Manuel de droit constitutionnel bernois*, Berne 1995, n. 8a ad art. 95

Alinéa 2

Les faits pouvant mener à une sanction administrative sont très variables. Le montant de l'amende est à évaluer en fonction de la gravité de la faute et de la taille du fournisseur de prestations.

Alinéa 3

Cette disposition indique de manière non exhaustive les critères selon lesquels le service compétent de la DSSI évalue la gravité de la faute, en faisant usage de son pouvoir d'appréciation.

Lettre a

L'importance de la violation de l'obligation est déterminante. Plus le devoir à remplir est essentiel, plus la faute est considérée comme lourde.

Lettre b

Pour rendre sa décision, le service compétent de la DSSI doit tenir compte des circonstances particulières de chaque cas, qui peuvent être fort diverses.

Alinéa 4

Afin d'inciter le fournisseur de prestations à respecter ses obligations à l'avenir, le montant de l'amende doit être en relation avec ses possibilités financières. Une somme trop basse n'est guère dissuasive. Il ne serait toutefois pas judicieux d'inscrire ici une réglementation trop rigide, car il s'agit de permettre une sanction proportionnée. C'est pourquoi la taille de l'institution est mesurée à l'aune du chiffre d'affaires (y compris variations des traitements en cours, prestations propres inscrites à l'actif et autres revenus d'exploitation). Est déterminant, en règle générale, le chiffre d'affaires atteint durant les cinq années précédant la décision de sanction.

*Article 100 (Subventionnement des prestations)**Alinéa 6*

L'article 88, alinéa 2 ConstC habilite le Conseil-exécutif à édicter des dispositions d'ordonnance pour préciser des modalités de détail. Conformément à l'article 43 de la loi du 20 juin 1995 sur l'organisation du Conseil-exécutif et de l'administration (loi d'organisation, LOCA)¹⁴, les Directions peuvent en outre, à titre exceptionnel, être autorisées par la loi à faire de même si la réglementation revêt un caractère éminemment technique, est régie par des circonstances en constante évolution ou est de portée mineure.

Lettre a

La lettre *a* reprend l'alinéa 6 en vigueur, à quelques améliorations rédactionnelles près dans la version française.

Lettre b

Les deux premiers alinéas de l'article 100 prévoient que le canton subventionne la centrale d'appels sanitaires urgents et les services de sauvetage par contrat de prestations et que les subventions correspondent à la différence entre les coûts normatifs du fournisseur de prestations et ses revenus. Les alinéas 3 et 4 définissent ce qu'il faut entendre par coûts normatifs, l'alinéa 5 ce que recouvrent les revenus. Les détails sont réglés à l'article 27a et à l'article 27b OSH. Selon ce dernier, les coûts d'exploitation normatifs sont redéfinis tous les trois ans afin de correspondre à un montant se situant entre les niveaux de coût du deuxième et du troisième service de sauvetage enregistrant les coûts les plus bas avec lesquels la SAP (DSSI depuis le 1^{er} janvier 2020) a conclu un contrat de prestations dans les trois années précédentes. Cette redéfinition revêt un caractère éminemment technique et est de portée mineure. C'est pourquoi il convient d'inscrire à l'article 100 LSH, en concordance avec l'article 43 LOCA

¹⁴ RSB 152.01

précité, la possibilité pour le Conseil-exécutif de déléguer cette tâche à la DSSI. Si le gouvernement souhaite en faire usage, il peut régler le point en question dans l'OSH.

Article 121a (Dispositions détaillées)

L'article 120 LSH règle les conditions d'octroi d'une autorisation d'exploiter aux hôpitaux et aux maisons de naissance, l'article 121 celles applicables aux services de sauvetage.

Comme indiqué précédemment, l'article 88, alinéa 2 ConstC habilite le Conseil-exécutif à édicter des dispositions d'ordonnance pour préciser des modalités de détail. Par ailleurs, les Directions peuvent à titre exceptionnel être autorisées par la loi à faire de même si la réglementation revêt un caractère éminemment technique, est régie par des circonstances en constante évolution ou est de portée mineure (art. 43 LOCA). Le nouvel article 121a LSH règle cette délégation de compétence en ce qui concerne les autorisations d'exploiter.

Lettre a

Pour des questions de transparence, cette disposition précise expressément que le Conseil-exécutif peut régler les détails concernant les autorisations d'exploiter par voie d'ordonnance. Le gouvernement a déjà fait usage de cette possibilité par le passé aux articles 41 ss OSH, en s'appuyant sur la compétence qui lui est dévolue à l'article 88, alinéa 2 ConstC.

Lettre b

Pour pouvoir octroyer une autorisation d'exploiter, le service compétent de la SAP (DSSI depuis le 1^{er} janvier 2020) doit pouvoir s'assurer du respect des conditions énumérées à l'article 120 (pour les hôpitaux et les maisons de naissance) et à l'article 121 (pour les services de sauvetage). Il revient aux fournisseurs de prestations d'en fournir la preuve. La lettre *b* habilite le Conseil-exécutif à exiger pour ce faire l'usage de programmes ou systèmes de mesure informatiques. De tels dispositifs permettent à l'administration de vérifier le volume, la qualité et l'adéquation des prestations selon une méthode uniforme, dans le respect du principe d'égalité de traitement. Ils peuvent s'appliquer aux soins, mais aussi aux données d'intervention des services de sauvetage, par exemple, qui pourraient ainsi être saisies selon des normes identiques. En prescrivant concrètement les instruments à utiliser, le gouvernement facilite l'attestation du respect des conditions par les fournisseurs de prestations tout en systématisant le travail du service compétent de la DSSI, ce qui favorise une qualité des données constante.

Lettre c

Grâce à ces programmes ou systèmes de mesure, le service compétent peut non seulement vérifier les conditions d'octroi d'une autorisation, mais aussi s'assurer que celles-ci continuent d'être remplies. Conformément à l'article 43 LOCA, la présente disposition permet au Conseil-exécutif d'habiliter la DSSI à définir les instruments à utiliser, dès lors que ceux-ci présentent un caractère souvent très technique et doivent pouvoir s'adapter à des mutations parfois rapides (évolution du personnel). Le gouvernement reste libre de faire usage de cette possibilité de délégation ou non.

Article 127 (Remise des données 1. Obligation)

Lors de sa session de printemps 2020, le Grand Conseil a adopté la loi sur les fichiers centralisés de données personnelles (LFDP). Selon l'article 5, alinéas 3 et 4 LFDP en corrélation avec le numéro 28 de l'annexe 1, alinéa 2, chiffre II, l'ODH est habilité à traiter dans ces fichiers centralisés les données personnelles (y compris celles particulièrement dignes de protection) impérativement nécessaires pour l'accomplissement de ses tâches légales. Conformément à l'article 24, alinéa 2 LFDP, cette disposition s'applique jusqu'à ce que les lois spéciales (en l'occurrence la LSH) règlent de manière exhaustive le traitement des données particulièrement dignes de protection dans leur champ d'application. La DSSI vérifiera les éventuelles modifications de la LSH requises sur la base de la LFDP ultérieurement, dans le cadre d'un projet législatif séparé, en examinant en même temps la LiLAMAM et la loi du

11 juin 2001 sur l'aide sociale (LASoc)¹⁵ (voir numéros 34 et 35 de l'annexe à la LFDP). En effet, la présente révision avait déjà atteint un stade très avancé (deuxième corapport) lors de l'adoption de la LFDP par le Grand Conseil. Les modifications ci-après sont donc à considérer de manière indépendante de cette dernière.

Alinéa 1

Lettre g

Selon la disposition en vigueur, le service compétent de la SAP (DSSI depuis le 1^{er} janvier 2020) vérifie la part cantonale de la rémunération selon l'article 49a, alinéa 1 LAMal due aux établissements répertoriés pour les prestations hospitalières fournies à la patientèle domiciliée dans le canton de Berne. Il procède à cet effet à un contrôle des factures. Mais le canton de résidence doit également prendre en charge une part des frais de traitement hospitalier en vertu de l'article 14^{bis} de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI)¹⁶. La lettre *g* est donc complétée par un renvoi à la LAI, sans mention des articles ni pour la LAMal ni pour la LAI.

Alinéa 2

La disposition actuelle prévoit que les données sont rendues anonymes afin d'exclure tout recoupement avec d'autres personnes que les fournisseurs de prestations. Or, le contrôle des factures requis par l'article 127, alinéa 1, lettre *g* nécessite des indications nominatives. L'identification du patient ou de la patiente est par exemple indispensable pour la vérification de son domicile, dès lors que le canton ne doit prendre en charge une partie de la rémunération que pour les personnes vivant sur son territoire (voir art. 41, al. 1^{bis} et 3 LAMal). Aujourd'hui déjà, les données des hôpitaux hors canton sont fournies sans être anonymisées. La mise en place du logiciel de traitement électronique des factures en 2020 permettra désormais une transmission sûre et directe par des intermédiaires accrédités. Le Bureau pour la surveillance de la protection des données est en train d'effectuer un contrôle préalable du système. Celui-ci fait passer les données systématiquement et automatiquement par plus de quarante étapes de vérification. Les factures correctes sont transmises au débiteur ou à la débitrice par le système, alors que les documents faisant l'objet d'un doute sont vérifiés manuellement. Le principe du double contrôle est appliqué pour l'examen tant des échantillons aléatoires que des factures ayant attiré l'attention. Plusieurs cantons appliquent déjà ce processus depuis 2012. D'après leur expérience, quelque 95 pour cent des factures passent le cap du contrôle automatique et sont directement envoyées au débiteur ou à la débitrice. Parmi les indications nominatives dont le canton a besoin pour procéder au contrôle des factures requis par l'article 127, alinéa 1, lettre *g* figurent non seulement les données administratives, mais aussi les informations non anonymes de la statistique médicale. Celles-ci permettent entre autres de constater la présence d'infections, de complications ou de pathologies spécifiques. Les diagnostics CIM¹⁷ et les codes CHOP¹⁸, en particulier, sont nécessaires pour s'assurer que les fournisseurs de prestations sont habilités à facturer les traitements et pour identifier les cas des groupes d'interventions à réaliser en principe en mode ambulatoire mais qui ont légitimement fait l'objet d'un traitement hospitalier. En tant qu'organe chargé d'appliquer la LAMal, le canton est habilité à traiter les données personnelles, y compris les données particulièrement dignes de protection, qui lui sont nécessaires notamment pour établir le droit aux prestations, les calculer et les coordonner avec celles d'autres assurances sociales, en particulier les assureurs-maladie (art. 84, lit. c LAMal). En vertu de l'article 49a, alinéa 3 LAMal, il dispose en outre des mêmes compétences de contrôle que ces derniers¹⁹, comme l'estime également le Conseil fédéral. La LAMal n'exclut donc pas que le canton puisse exiger d'avoir accès aux mêmes données médicales que les assureurs pour vérifier qu'il lui revient bien de prendre la prestation en charge (voir par analogie

¹⁵ RSB 860.1

¹⁶ RS 831.20

¹⁷ Classification internationale des maladies

¹⁸ Classification suisse des interventions chirurgicales

¹⁹ Voir Eugster in : *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht*, vol. XIV, Soziale Sicherheit, Meyer (éd.), n° 1099 ad art. 49a LAMal

art. 42, al. 3^{bis} et 4 LAMal). C'est pourquoi l'alinéa 2 est complété comme suit : « *A moins que des informations nominatives soient indispensables à l'accomplissement des tâches*, les données sont rendues anonymes afin d'exclure tout recoupement avec d'autres personnes que les fournisseurs de prestations. » Il y a lieu de souligner ici que, si le contrôle des factures nécessite des indications nominatives, tel n'est pas le cas de la plupart des données à remettre selon l'alinéa 1.

Alinéa 3

La version actuelle prévoit que le Conseil-exécutif règle les modalités de détail par voie d'ordonnance ; il peut notamment préciser la nature et le volume des données ainsi que la date de remise. Le gouvernement a fait usage de cette compétence à l'article 48 OSH et aux annexes 5 et 6 de l'ordonnance, où il précise les données que les fournisseurs de prestations doivent livrer au canton pour que le service compétent de la DSSI puisse remplir les obligations qui lui sont imparties à l'alinéa 1. Le système de santé est en constante évolution, ce qui se répercute sur les données à remettre. Il sera plus fréquemment nécessaire à l'avenir de revoir la nature et le volume des données à fournir ainsi que les délais, partant de réviser lesdites annexes.

Les Directions peuvent à titre exceptionnel être autorisées par la loi à édicter une ordonnance si la réglementation revêt un caractère éminemment technique, est régie par des circonstances en constante évolution ou est de portée mineure (art. 43 LOCA). Ces conditions sont remplies en l'espèce.

- Les modalités de remise des données par unité finale d'imputation constituent un exemple de réglementation au caractère éminemment technique. A l'annexe 5 OSH (ligne 6), il est précisé que le relevé des coûts par cas est à remettre selon les consignes de SwissDRG²⁰, qui règlent les spécifications techniques, à savoir la nature et le volume des données. Or, celles-ci doivent parfois être adaptées, en particulier en cas de changement du format de transmission. En l'occurrence, après l'introduction de la nouvelle plateforme en ligne pour le relevé des données hospitalières SDEP prévue à partir de 2020, les données par unité finale d'imputation devront être fournies au format SDEP-CUFI²¹. Les variables, qui passeront de 80 à 112, présenteront quelques changements par rapport au format SwissDRG actuel (p. ex. répartition entre assurance de base et assurance complémentaire). Ce sont là des ajustements d'ordre purement technique au sens de l'article 43, alinéa 1, lettre a LOCA, étant donné que le jeu de données continuera de se fonder sur la comptabilité analytique selon REKOLE²² et qu'il ne s'agit pas de nouvelles données au plan matériel.
- Quant aux changements de portée mineure selon l'article 43, alinéa 1, lettre c LOCA, il peut s'agir de l'adaptation d'un délai dans l'annexe 5 OSH. Il est ainsi prévu de prolonger d'un mois certaines dates de remise pour laisser davantage de temps aux hôpitaux. Il est plus judicieux pour la DSSI de recevoir les données requises plus tard, mais à un meilleur niveau de qualité.

L'ensemble des données mentionnées aux annexes 5 et 6 OSH entrent dans l'une des trois catégories mentionnées à l'article 43, alinéa 1 LOCA. Comme l'expérience de ces dernières années l'a montré, il est régulièrement nécessaire d'adapter des détails. Jusqu'ici, pour ne pas surcharger le Conseil-exécutif, la DSSI attendait que d'autres changements s'imposent pour les lui soumettre, au détriment de la clarté et de la sécurité juridique. C'est justement pour éviter de telles situations que l'article 43 LOCA prévoit la possibilité de déléguer la compétence législative à une Direction. L'article 127, alinéa 3 LSH est donc reformulé de sorte que le Conseil-exécutif puisse habiliter la DSSI à préciser la nature et le volume des données ainsi que la date de remise et la forme (sur papier ou par voie électronique). Il revient là aussi au

²⁰ Institution commune des fournisseurs de prestations, des assureurs et des cantons, SwissDRG SA est responsable de l'élaboration, du développement et de l'entretien des structures tarifaires hospitalières.

²¹ Comptabilité par unité finale d'imputation

²² REKOLE® Comptabilité analytique à l'hôpital, système de normes comptables développé et certifié par l'Association H+ Les hôpitaux de Suisse

gouvernement de décider s'il souhaite faire usage de cette possibilité ou non. Le cas échéant, les annexes 5 et 6 OSH seront transférées dans une ordonnance de Direction.

Article 128 (2. Sanctions administratives)

Cet article règle les sanctions administratives que le canton peut ordonner contre un fournisseur de prestations qui viole l'obligation de remise des données inscrite à l'article 127. Il est entièrement révisé car la réglementation en vigueur n'est pas suffisamment nuancée.

Alinéa 1

Si un fournisseur de prestations (maison de naissance, hôpital répertorié ou prestataire de sauvetage) ne communique pas les données requises ou ne respecte pas les consignes du Conseil-exécutif en la matière, le service compétent de la DSSI prononce par voie de décision une sanction administrative pour l'année concernée sous la forme d'une amende pouvant atteindre 500 000 francs. Le montant plafond ne doit pas être infligé à la légère, mais être appliqué uniquement aux fournisseurs de prestations menant une grande entreprise qui ont commis une faute particulièrement grave (voir les commentaires ci-après). Les éventuelles sanctions sont prononcées au terme d'une procédure administrative et font l'objet d'une décision de l'ODH susceptible de recours auprès de la DSSI, puis du Tribunal administratif du canton de Berne.

Pour pouvoir remplir ses tâches, le canton a absolument besoin de données fiables de la part des fournisseurs de prestations. Une sanction administrative en cas de violation de l'obligation de remettre ces données apparaît donc indispensable afin d'enjoindre à ces derniers d'honorer cette obligation légale importante. Donnent lieu à une amende tant la non-livraison des données que le non-respect des consignes du Conseil-exécutif (délai imparti dans l'OSH, p. ex.).

Alinéa 2

Les faits pouvant mener à une sanction administrative sont très variables. Le montant de l'amende est à évaluer en fonction de la gravité de la faute et de la taille du fournisseur de prestations.

Alinéa 3

Cette disposition indique de manière non exhaustive les critères selon lesquels le service compétent de la DSSI évalue la gravité de la faute, en faisant usage de son pouvoir d'appréciation.

Lettre a

La gravité de la faute dépend du nombre de remises qui n'ont pas été effectuées. Un manquement unique ou un retard au sens de la lettre *b* pèsent moins lourd que des non-livraisons répétées ou l'absence totale de données. En effet, le canton ne peut se passer de ces dernières pour remplir les tâches qui lui sont dévolues par l'article 127, alinéa 1 LSH. Un retard perturbe certes leur accomplissement, mais ne l'entrave pas totalement, contrairement à la non-remise.

Lettre b

Le nombre de livraisons hors délai et la durée du retard influent également sur la gravité de la faute. Un léger report porte moins à conséquence qu'une remise différée de plusieurs mois.

Lettre c

Les circonstances qui ont mené à la violation de l'obligation peuvent être très diverses. Il revient au service compétent de la DSSI de les apprécier au cas par cas avant de rendre une décision. Il est naturellement plus grave de ne pas remettre des données dans les temps en agissant de mauvaise foi ou en faisant preuve de négligence qu'en raison d'une absence justifiée pour cause de maladie. Une sanction est tout de même prévue dans ce dernier cas, le fournisseur de prestations étant tenu de s'organiser pour faire face à de tels aléas.

Alinéa 4

Afin d'inciter le fournisseur de prestations à respecter ses obligations à l'avenir, le montant de l'amende doit être en relation avec ses possibilités financières. Une somme trop basse n'est guère dissuasive. Il ne serait toutefois pas judicieux d'inscrire ici une réglementation trop rigide, car il s'agit de permettre une sanction proportionnée. C'est pourquoi la taille de l'institution est mesurée à l'aune du chiffre d'affaires (y compris variations des traitements en cours, prestations propres inscrites à l'actif et autres revenus d'exploitation). Est déterminant, en règle générale, le chiffre d'affaires atteint durant les cinq années précédant la décision de sanction. Celui-ci étant plus élevé dans une grande entreprise, l'amende doit être plus importante pour produire le même effet, à faute égale, que dans un établissement plus modeste. Le montant doit dans tous les cas être suffisamment élevé pour qu'il ne soit pas plus avantageux de payer une amende que d'engager le personnel requis pour répondre à l'obligation de remise des données.

Alinéa 5

Selon les annexes 5 et 6 de l'OSH, certaines données doivent être remises à l'ODH annuellement, d'autres plus souvent. Il peut donc malheureusement arriver qu'un fournisseur de prestations manque à son devoir plusieurs fois par année, en n'envoyant pas les données requises ou pas dans leur totalité. La présente disposition prévoit que les éventuelles sanctions administratives prononcées en raison de violations de l'obligation de remettre des données fassent l'objet d'une seule et même décision annuelle. L'ODH peut ainsi fixer l'amende de manière adéquate en tenant compte de l'attitude du fournisseur de prestations sur l'ensemble de l'année. L'ouverture d'une procédure administrative unique en fin d'exercice est également plus efficiente.

Article 130 (Protection des données)

Le texte actuel prévoit que les fournisseurs de prestations auxquels des tâches cantonales sont déléguées soient soumis aux dispositions de la loi cantonale du 19 février 1986 sur la protection des données (LCPD)²³. Or, les particuliers chargés de tâches publiques n'y sont pas systématiquement soumis, mais uniquement lorsqu'ils traitent des données personnelles dans le cadre de l'accomplissement de ces tâches. Dans les autres situations, ils relèvent de la loi fédérale sur la protection des données. C'est pourquoi la teneur de cet article est précisée et adaptée à l'article 6, lettre b LCPD : les dispositions de cette dernière s'appliquent aux fournisseurs de prestations, *dans la mesure où* des tâches cantonales leur sont déléguées. Comme jusqu'ici, cette disposition ne revêt qu'un caractère déclaratoire.

3.2 Modification indirecte**Loi du 6 juin 2000 portant introduction des lois fédérales sur l'assurance-maladie, sur l'assurance-accidents et sur l'assurance militaire (LiLAMAM)***Article 9a (Rémunération 1. Part cantonale)*

Conformément à l'article 49a, alinéa 2^{ter} LAMal, le canton fixe pour chaque année civile, au plus tard neuf mois avant le début de celle-ci, la part cantonale qu'il verse aux hôpitaux répertoriés pour rémunérer les traitements hospitaliers dispensés à sa population. Cette part doit s'élever à 55 pour cent au moins, le solde étant pris en charge par les assureurs.

L'article 9a LiLAMAM actuel attribue au Conseil-exécutif la compétence de fixer la part cantonale, et ce annuellement. Or, celle-ci est demeurée inchangée depuis 2012 (55%). La révision proposée permet au gouvernement de devoir édicter un nouvel arrêté uniquement en cas de modification de la part cantonale.

²³ RSB 152.04

4. Place du projet dans le programme gouvernemental de législature (programme législatif) et dans d'autres planifications importantes

Dans son programme législatif, le gouvernement expose sa vision à l'horizon 2030, s'engageant d'ici cette échéance à accroître le potentiel de ressources et la capacité économique du canton, à améliorer la qualité de vie de la population, à renforcer la cohésion sociale et à jouer un rôle moteur dans le domaine de l'environnement. Sur cette base, il a établi les priorités de sa politique pour les quatre années à venir ainsi que cinq objectifs stratégiques. La présente révision se fonde sur le premier et sur le troisième, énoncés en ces termes :

1) « Le canton de Berne est un pôle attractif pour l'innovation et l'investissement. Il encourage la recherche et l'économie à travailler en réseau. »

3) « Le canton de Berne est attractif pour sa population. Il favorise la cohésion sociale en renforçant une intégration ciblée pour les personnes socialement défavorisées. »

En vertu de l'article 41 ConstC, le canton est tenu d'assurer la couverture des besoins en soins hospitaliers. Il le fait en laissant aux entreprises – y compris aux anciens hôpitaux publics – autonomie et responsabilité dans le développement de leurs stratégies, ce qui leur donne la souplesse requise pour s'adapter aux défis futurs. A des fins de protection de la population, il exerce par ailleurs une fonction de surveillance en matière de police sanitaire sur les fournisseurs de prestations et veille à ce que d'éventuelles lacunes dans le système de santé soient comblées.

La révision partielle de la LSH optimise l'élaboration de la planification des soins et l'échange des données avec les hôpitaux tout en supprimant les contrôles peu efficaces. Les responsabilités sont en outre attribuées de manière plus pertinente. Toutes ces mesures allègent la charge administrative des hôpitaux, favorisant leur développement économique.

La modification de la LSH permet par ailleurs de pallier certains déficits dans le soutien aux personnes socialement défavorisées, par exemple par la réglementation de l'accouchement confidentiel. La publication des salaires des médecins-chefs et médecins-chefes augmente la transparence du système et son acceptation sociale.

Enfin, la révision partielle présente des liens avec la stratégie de la santé, développée sous l'égide de la DSSI. Leurs principes fondamentaux se recoupent, et tant la vision que les objectifs de la stratégie sont pris en compte dans la LSH. Toutes deux visent ainsi à accroître l'efficacité et la transparence du travail administratif et à favoriser l'innovation. La stratégie attache par ailleurs une importance particulière à la transition numérique.

5. Répercussions financières

D'après les estimations de l'ODH, les quatre ou cinq accouchements confidentiels par année auxquels il faut s'attendre devraient occasionner un surcoût annuel de 4000 à 5000 francs, principalement en raison de la mise à disposition d'une chambre individuelle.

Lors de l'autonomisation des trois institutions psychiatriques cantonales au 1^{er} janvier 2017, le canton a renoncé à des recettes de 4,49 millions de francs par année pour les cinq premiers exercices (jusqu'à fin 2021).

Dans l'arrêté y relatif, le Conseil-exécutif a en effet fixé les rentes du droit de superficie et les loyers des terrains et immeubles utilisés par les trois nouvelles SA à des valeurs inférieures aux offres présentées à l'époque par la Direction des travaux publics, des transports et de l'énergie (TTE), désormais Direction des travaux publics et des transports (DTT), fondées sur les directives cantonales. Le chiffre de 4,49 millions de francs correspond à la différence entre les offres de la TTE et les montants définis dans l'AGC du 7 juin 2016. On peut s'attendre à ce que les dépenses couvertes par l'article 39a à partir de l'année 2022 soient du même ordre de grandeur.

Quant à la nouvelle périodicité de la planification des soins inscrite à l'article 7, elle ne devrait pas avoir d'incidences financières pour la DSSI. Une révision moins fréquente de la planification des soins (et par conséquent des listes des hôpitaux) réduit la charge administrative et libère des ressources pour les vérifications supplémentaires à effectuer annuellement dans le cadre du monitoring et du contrôle du respect des mandats de prestations par le canton. Ces tâches

additionnelles, qui découlent du nouveau financement hospitalier introduit en 2012, sont encore en phase de mise en place dans le canton de Berne (voir aussi ch. 5.1 du rapport portant sur l'approbation de la planification des soins 2016).

La suppression de la gestion du cycle de vie de l'infrastructure permet d'économiser les frais de licence pour la gestion des données relatives à l'état des bâtiments, de même que les charges de personnel induites par le traitement des données et les rapports.

La communication au canton des salaires des médecins-chefs et médecins-chefes prescrite par le nouvel article 51a n'occasionne aucune dépense. La transparence salariale pourrait cependant mettre en lumière les éventuelles incitations indésirables du système de rétribution actuel.

De nos jours, le canton paie selon toute probabilité des factures qui ne seraient pas à sa charge pour une patientèle non domiciliée sur son territoire, faute des moyens techniques requis pour automatiser certaines étapes de la vérification de la part cantonale de la rémunération (art. 127, al. 1, lit. g). La nouvelle réglementation figurant à l'article 127 pourrait permettre des économies non négligeables d'après l'expérience d'autres cantons.

La révision des articles définissant les sanctions administratives (57, 96 et 128) ne devrait pas avoir d'incidence financière. Elle ne repose d'ailleurs pas sur des considérations économiques, mais vise plutôt à simplifier, assouplir et harmoniser les modalités.

6. Répercussions sur le personnel et l'organisation

L'abandon de recettes prévu à l'article 39a n'a pas de conséquence directe sur le personnel des trois institutions psychiatriques devenues autonomes le 1^{er} janvier 2017. Mais l'allègement financier dont ces dernières bénéficient est susceptible de favoriser la création d'emplois. La réglementation n'a aucune répercussion sur le personnel cantonal.

L'obligation de communiquer les salaires des médecins-chefs et médecins-chefes au service compétent de la DSSI (art. 51a) pourrait occasionner un léger surcroît de travail administratif pour le traitement et la publication des données. Vu la numérisation des processus à venir, les ressources actuelles devraient toutefois être suffisantes au sein du canton. Quant à la charge entraînée pour les fournisseurs de prestations, elle dépend de la taille de l'institution. Mais dès lors que les données requises sont en principe déjà disponibles, le surplus devrait être minime.

7. Répercussions sur les communes

L'adaptation de la loi est sans incidence sur les communes.

8. Répercussions sur l'économie

Les trois institutions psychiatriques devenues autonomes le 1^{er} janvier 2017 sortent renforcées de l'abandon de recettes prévu à l'article 39a, ce qui favorise tant le maintien de places de travail que la couverture en soins psychiatriques dans le canton de Berne, qui a elle-même un effet positif sur le taux d'activité de la population.

En demandant la publication des salaires des médecins-chefs et médecins-chefes (art. 51a), les auteurs de la motion 131-2018 souhaitent sensibiliser les acteurs concernés et réduire à long terme la croissance des coûts de la santé (au niveau national). L'économie bernoise pourrait être touchée si des médecins de renom préféraient travailler dans un autre canton pour ne pas voir leurs données salariales communiquées. La nouvelle réglementation pourrait avoir un impact négatif sur le recrutement de personnel médical et désavantager le site médical bernois.

9. Résultat de la procédure de consultation

Le projet a été bien accueilli. La version mise en consultation a uniquement fait l'objet d'un changement matériel : suite à l'introduction du nouvel article 51a (salaires des médecins-chefs

et des médecins-cheffes), il est possible d'abroger la lettre c de l'alinéa 1 de l'article 51 (rapport sur les indemnités), qui portait également sur ces salaires sans mentionner expressément la fonction visée, ce qui permet d'éviter un excès de réglementation (voir aussi tableau synoptique, ch. 2.3 supra). Le texte comporte également quelques adaptations purement rédactionnelles, suivant les recommandations du Service de législation.

En ce qui concerne l'article 51a toujours, plusieurs participants à la procédure de consultation ont proposé d'intégrer les salaires versés aux médecins-chefs et médecins-cheffes non seulement par l'hôpital, mais aussi par l'Université. Cette option n'a finalement pas été retenue, car le salaire provenant de l'Université rémunère les tâches exécutées pour cet employeur et pas pour l'hôpital. Or, la motion 131-2018 *Médecins-chefs grassement payés : ça suffit !* vise les revenus obtenus dans la fonction exercée à l'hôpital, dans le cadre de la LAMal. Quant à la suggestion d'englober les salaires des médecins agréés, elle n'a pas non plus été suivie, car ces derniers ne sont pas employés par les hôpitaux. La motion vise clairement les médecins-chefs et médecins-cheffes, c'est-à-dire des personnes hiérarchiquement supérieures à d'autres médecins.

10. Proposition

Au vu de ce qui précède, le Conseil-exécutif propose au Grand Conseil d'adopter la présente révision partielle de la LSH.

Berne, le 12 août 2020

Au nom du Conseil-exécutif,

le président: *Schnegg*

le chancelier: *Auer*