



Kanton Bern
Canton de Berne

Stratégie de la santé du canton de Berne 2020–2030

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



Sommaire

1. Introduction	5
2. Contexte	7
3. Recoupements entre santé publique et autres domaines politiques	9
4. Situation actuelle	11
4.1 Cadre général	11
4.2 Chiffres clés	13
4.3 Couverture en soins et pilotage du système	15
4.3.1 Bases juridiques	15
4.3.2 Prestations	15
4.3.3 Structures	17
4.3.4 Instruments de pilotage	18
4.4 Autorités	20
4.5 Financement	21
4.6 Personnel	24
5. Tendances actuelles du système de santé	27
6. Analyse SWOT	29
7. Vision et mission	34
7.1 Vision	34
7.2 Mission	35
8. Axes stratégiques, objectifs et mesures	37
8.1 Axes stratégiques	37
8.2 Objectifs et mesures	38
8.3 Faiblesses et menaces hors du champ d'influence direct du canton de Berne	43
9. Stratégies partielles	45
10. Annexe 1 Abréviations	46
11. Annexe 2 Glossaire	48
12. Annexe 3 Mode de financement et système de rémunération	54

Liste des graphiques et tableaux

Chiffres clés sur la santé dans le canton de Berne	13
Prestations brutes 2019 de l'AOS: comparaison canton de Berne / ensemble de la Suisse	21
Prestations brutes 2019 de l'AOS par catégorie de fournisseurs: canton de Berne	21
Dépenses de santé 2017 par régime de financement	22
Dépenses de santé 2017 par type de prestation	23
Analyse SWOT	29
Vision	34
Mission	35
Axes stratégiques	37
Objectifs et mesures	38

Impressum

Edition
Direction de la santé, des affaires sociales
et de l'intégration du canton de Berne

Conception et graphisme
Polyconsult AG, Berne

Août 2020



1. Introduction

Un système de santé de haut niveau, facile d'accès et d'un coût abordable pour toutes et tous contribue de manière décisive à la qualité de vie d'une société. Cofinancé par différentes sources, celui du canton de Berne est le fruit de la législation tant fédérale que cantonale et d'une étroite collaboration entre acteurs privés et publics. Il s'agit ici de le développer pour assurer des prestations conformes aux besoins, intégrées, innovantes, orientées patients et ouvertes à chacune et à chacun, même aux groupes vulnérables, par exemple aux personnes en situation de handicap. A noter que la présente stratégie de la santé a été conçue pour une situation dite « normale ». En cas de situation extraordinaire, crise ou catastrophe, s'appliquent en termes de couverture en soins et de pilotage les bases légales et les stratégies correspondantes¹.

La stratégie de la santé servira de ligne directrice aux décisions adoptées ces dix prochaines années dans ce domaine par les autorités du canton de Berne.

La mission dévolue aux services compétents de l'administration cantonale étant de veiller à la couverture des besoins en santé de la population (ci-après couverture en soins, les soins étant considérés au sens large), c'est sur cette couverture que porte stricto sensu la stratégie. Par souci de simplification, il a cependant été décidé d'opter pour un titre plus concis, à savoir « stratégie de la santé ».

Conçue par la Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration du canton de Berne (DSSI) avec le concours de différents intervenants du domaine de la santé², la présente stratégie a été soumise à l'approbation du Conseil-exécutif et portée à la connaissance du Grand Conseil. Elle constitue un cadre global à partir duquel la DSSI – aidée pour ce faire de groupes de travail réunissant des représentantes et représentants des diverses parties prenantes – mettra ensuite au point des stratégies partielles.

La stratégie s'articule de la manière suivante : le chapitre 2 présente le contexte dans lequel elle s'inscrit, tandis que le chapitre 3 expose les recoupements entre santé publique et autres domaines politiques. Le système actuel est décrit au chapitre 4. Un récapitulatif de ses principales tendances est proposé au chapitre 5, tandis que ses forces, ses faiblesses, ses opportunités et ses menaces font l'objet d'une analyse SWOT au chapitre 6. Quant au chapitre 7, il énonce la vision et la mission du canton de Berne en matière de santé, en d'autres termes la façon dont ce dernier envisage le système futur et le rôle qui lui incombe. Le chapitre 8 est pour sa part consacré aux axes stratégiques ainsi qu'aux objectifs et aux mesures permettant de les mettre en œuvre. Enfin, le chapitre 9 définit les domaines pour lesquels des stratégies partielles doivent être élaborées.

¹ Les mesures prises par le Conseil fédéral durant la pandémie de coronavirus se fondent sur la loi fédérale du 28 septembre 2012 sur la lutte contre les maladies transmissibles à l'homme (loi sur les épidémies, LEp; RS 818.101) et ses dispositions d'exécution. Ont également été appliqués le plan suisse de pandémie Influenza ainsi que son pendant cantonal. Le plan de pandémie Influenza du canton de Berne est disponible sous www.be.ch/dssi > Santé > Maladies infectieuses et vaccinations > Pandémie > Plan de pandémie Influenza du canton de Berne (PPI-BE) 2018. Il s'entend comme une annexe au plan suisse et le complète en définissant les tâches, les compétences et les responsabilités spécifiques qui incombent au canton dans le cadre de l'exécution des mesures.

² A été créé pour l'occasion un comité de pilotage, qui était régulièrement informé de l'avancement des travaux et à qui les résultats ont été présentés. Celui-ci était constitué de membres de la DSSI, de quatre représentants de l'association des établissements hospitaliers bernois despitaller.be – un pour les centres hospitaliers régionaux (soins aigus somatiques), un pour les services psychiatriques régionaux (psychiatrie), un pour la réadaptation et un pour le groupe de l'Ile (médecine universitaire) – ainsi que de représentants de l'Association des cliniques privées du canton de Berne (VPSB), de la Société des médecins du canton de Berne (SMCB), de l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile, de la section bernoise de l'association faîtière des homes et des institutions sociales (Curaviva Berne), de l'Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (ASMAC) et de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI).



2. Contexte

En adoptant la motion 034-2015 Zumstein/Kohler, le Grand Conseil bernois a chargé le Conseil-exécutif d'élaborer une stratégie de la santé permettant, d'une part, d'exposer les orientations du canton de Berne en la matière et, d'autre part, de coordonner ses projets et rapports³ avec la stratégie fédérale Santé2030.

La stratégie de la santé figure parmi les objectifs du programme gouvernemental de législature 2019 à 2022⁴. Dans ce dernier, 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 stratégie de la santé se fonde sur le troisième objectif du Conseil-exécutif, qui est énoncé en ces

termes : « Le canton de Berne est attractif pour sa population. Il favorise la cohésion sociale en renforçant une intégration ciblée pour les personnes socialement défavorisées. » Elle contribue aussi à la réalisation du premier objectif, selon lequel le canton de Berne doit être un pôle attractif pour l'innovation et l'investissement.

Ses axes stratégiques, objectifs et mesures ont été établis après une comparaison entre les engagements pris par le Conseil-exécutif et la situation actuelle. Cette dernière a fait l'objet d'une analyse exhaustive qui tient compte des principales tendances et dont les résultats sont résumés plus loin.

Maintenant que la présente stratégie a été approuvée par le Conseil-exécutif et portée à la connaissance du Grand Conseil, il s'agit de mettre au point des stratégies partielles (voir chapitre 9) destinées à assurer une gestion et un pilotage efficaces dans chacun des champs d'action.

³ Quelques rapports à titre d'exemple : *La médecine de premier recours dans le canton de Berne, Politique du 3^e âge du canton de Berne, Stratégie sportive du canton de Berne, Aide aux personnes dépendantes dans le canton de Berne – stratégies et mesures, Planification des soins selon la loi sur les soins hospitaliers*

⁴ Voir www.rr.be.ch > Le Conseil-exécutif > Programme gouvernemental de législature > Engagement 2030 – Programme gouvernemental de législature 2019 à 2022



3. Recoupements entre santé publique et autres domaines politiques

La santé est à la jonction de différents domaines, ce qui rend d'autant plus nécessaire le renforcement de la collaboration au niveau des politiques menées dans les divers secteurs concernés, mais aussi entre les différentes Directions en charge de ces sujets.

Politique de l'éducation et de la formation:

les chances de vivre en bonne santé augmentent avec le niveau de formation. Chacun doit avoir accès au savoir et pouvoir mettre en pratique ses connaissances, notamment sa compétence en matière de santé, qui figure d'ailleurs au programme de la scolarité obligatoire. En outre, la formation et le perfectionnement du personnel de soins et d'assistance relèvent de ces deux politiques.

Politique sociale: l'état de santé a une incidence sur le niveau de vie et sur l'intégration dans la société, deux thèmes au cœur de la politique sociale. En effet, être malade, accidenté ou tributaire de soins entraîne de grands risques de paupérisation. Le succès des mesures visant à améliorer les conditions de vie (sociales, économiques, etc.) et, plus globalement, la réussite d'une politique sociale au sens large se mesurent aussi à l'aune de leurs effets bénéfiques sur le système sanitaire et, partant, sur la santé de l'individu et de la population dans son ensemble. Promotion de la santé, prévention et aide en cas d'addiction sont au carrefour de la santé et de l'action sociale. Ces domaines revêtent un rôle majeur, en particulier en ce qui concerne les personnes vulnérables, souvent difficiles à atteindre, et illustrent l'importance sociopolitique de soins ouverts à toutes et à tous.

Politique de l'intégration et de l'égalité: plus les migrantes et les migrants sont insérés dans le monde de la formation, le marché du travail et la société civile, plus leurs chances d'être en bonne santé sont grandes. Quant à l'égalité hommes-femmes, elle a également toute son importance en termes d'accès identique aux soins, quel que soit le genre de la personne concernée.

Politique économique: le financement du secteur sanitaire est assuré par l'activité économique des entreprises et de la population. Dans le même temps, être en bonne santé constitue l'une des

conditions préalables au travail et favorise la création de valeur ajoutée. Tandis que maladies et accidents grèvent lourdement l'économie, une politique économique réussie crée les conditions permettant l'essor des entreprises et génère donc des emplois. Enfin, un poste satisfaisant et de bonnes conditions de travail ont des effets positifs sur la santé, alors que le chômage la met en péril.

Politique environnementale: la préservation de l'environnement est déterminante pour le bien-être de la population. Les ressources naturelles d'un pays, la qualité de l'eau et de l'air ainsi que le climat influent de manière décisive sur la santé. Quant au changement climatique, il a aussi des répercussions sur le canton de Berne: les étés sont plus chauds, les hivers sont moins froids, et les phénomènes météorologiques extrêmes constituent un danger pour la santé des citoyennes et citoyens.

Politique des transports et aménagement du territoire: ces deux secteurs influent sur la qualité de l'air et le climat dans son ensemble, qu'il soit régional ou local. Les actions dans ces domaines peuvent contribuer à réduire tant le CO₂ que d'autres émissions et à éviter les îlots de chaleur. Par ailleurs, de bonnes infrastructures et liaisons en termes de transport sont non seulement fondamentales pour l'accès aux soins, mais aussi décisives pour la mobilité de la population. Le bruit, qui est en partie imputable aux moyens de locomotion, a pour sa part des effets néfastes sur la santé.

Politique de la sécurité: disposer d'un cadre de vie sûr, notamment dans l'espace public, et être protégé contre les actes de violence sont autant de facteurs favorables au maintien de la santé.

Politique financière: d'elle dépend dans une large mesure le cadre financier de la couverture en soins, des activités de promotion de la santé et des mesures de prévention, mais aussi la manière dont sont organisés les modèles (souvent complexes) de prise en charge des frais. Elle agit tant sur la définition des besoins que sur le financement (souvent complexe) de leur couverture et influe indirectement sur le système de santé, sa planification et son pilotage.



4. Situation actuelle

Le présent chapitre expose dans un premier temps le cadre général dans lequel s'inscrit le système de santé bernois. Suivent ensuite des chiffres clés, puis un état des lieux sous différents angles : couverture en soins et pilotage du système de santé, autorités, coût et financement, personnel. A noter qu'il manque aujourd'hui un certain nombre de données et d'indicateurs nécessaires à une description et à une analyse véritablement exhaustives de la situation.

4.1 Cadre général

Le système de santé ne peut pas être considéré isolément. Il doit être envisagé dans son contexte, lequel résulte de la structure démographique, des progrès de la médecine ainsi que de la politique nationale et cantonale.

D'une superficie de 5959 km², le canton de Berne présente nombre de particularités : il est bilingue et compte non seulement des centres urbains, mais aussi des zones rurales et des territoires alpins. Sa population s'élève à environ 1 035 000 habitantes et habitants. En 2018, près de 215 000 personnes âgées de 65 ans ou plus, dont quelque 54 000 de plus de 80 ans, y étaient domiciliées, soit respectivement environ 21 pour cent et 5 pour cent de l'ensemble de la population résidente. Celles âgées de 65 ans et plus étaient en majorité des femmes, leur proportion augmentant avec les années, ce qui correspond à la situation à l'échelle de la Suisse. D'une manière générale, le taux des 65 ans et plus connaîtra une forte croissance d'ici 2030⁵.

Le vieillissement de la population, l'inclusion des personnes en situation de handicap et la polymorbidité en hausse ont un impact sur tous les aspects de la couverture en soins. S'y ajoutent les maladies non transmissibles (MNT), qui représentent la première cause de mortalité en

Suisse et figurent de surcroît parmi les principaux facteurs d'augmentation des coûts de la santé. Etant donné qu'une part non négligeable des MNT peut être soit évitée, soit retardée, les mesures de promotion de la santé, de prévention et d'augmentation de la compétence en matière de santé sont appelées à prendre de plus en plus d'importance.

A l'heure actuelle, l'espérance de vie dans le canton de Berne est de 81,1 ans pour les hommes et de 85,1 ans pour les femmes. Ces valeurs sont comparables à celles de la Suisse (81,7 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes)⁶. Il en va de même pour d'autres indicateurs liés à la santé tels que les chiffres relatifs à la consommation de tabac et l'indice de masse corporelle (IMC).

Les progrès techniques ont quant à eux une influence significative sur la couverture en soins.

La dimension politique doit également être prise en considération. Les mesures actuelles et futures définies au niveau national ont et auront une incidence sur la prise en charge de la population bernoise. Entrée en vigueur en 1996, la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)⁷ poursuivait plusieurs objectifs : favoriser la solidarité, garantir l'accès aux soins, maîtriser les coûts et assurer la qualité en toute transparence. Les deux premiers sont aujourd'hui considérés comme atteints⁸. En revanche, la transparence en matière de qualité ne s'est pas améliorée et il s'avère que les coûts et les primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS) ont connu une croissance bien plus forte que le produit intérieur brut (PIB). Sur la base de ce constat, des efforts considérables ont été déployés pour freiner les dépenses. Ainsi, l'année 2012 a vu la mise en place du nouveau régime de financement hospitalier, qui comporte des éléments tels que le libre choix de l'hôpital, le financement dual-fixe et la rémunération des prestations au moyen de

⁵ Statistique de la population et des ménages (STATPOP) 2018 de l'Office fédéral de la statistique (OFS), voir www.bfs.admin.ch > Office fédéral de la statistique > Trouver des statistiques > Population

⁶ OFS, Statistique du mouvement naturel de la population BEVNAT et STATPOP 2017/2018

⁷ RS 832.10

⁸ Office fédéral des assurances sociales (OFAS), Analyse des effets de la LAMal, rapport de synthèse 16/2001 et Sécurité Sociale CHSS, *Les 20 ans de la LAMal : rétrospective sélective*, voir <https://soziale-sicherheit-chss.ch> > Editions&Dossiers > CHSS n° 3/octobre 2016 - Les 20 ans de la LAMal, <https://soziale-sicherheit-chss.ch/fr/artikel/les-20-ans-de-la-lamal%e2%80%89retrospective-selective/>

forfaits par cas (DRG). D’autres mesures ont été par ailleurs adoptées pour promouvoir le recours aux médicaments génériques, qui sont moins coûteux, et les soins ambulatoires. La durée de séjour en hôpital est quant à elle en recul depuis des années, tendance renforcée par l’introduction des listes de prestations ambulatoires, les progrès médicaux permettant de réaliser de plus en plus d’interventions sans hospitalisation, ce qui réduit les coûts. A noter cependant que la réussite du transfert à l’ambulatoire dépend aussi de la manière dont le suivi est planifié. En ce qui concerne le dossier électronique du patient (DEP), les hôpitaux devront le proposer à leur patientèle d’ici 2020, les établissements médico-sociaux (EMS) d’ici 2022. Parmi les autres révisions législatives prévues à l’échelle fédérale figurent notamment le financement uniforme des traitements ambulatoires et hospitaliers et un programme de maîtrise des coûts basé sur un rapport d’experts⁹.

La Confédération a aussi élaboré des stratégies et des programmes qui doivent être mis en œuvre par les cantons et coordonnés avec leurs autres activités. Citons à titre d’exemple la stratégie nationale *Prévention des maladies non transmissibles 2017–2024*, la *Stratégie nationale contre le cancer 2014–2020*, la *Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2013–2015*, la *Stratégie nationale en matière de démence 2014–2019* ou la stratégie nationale *Addictions 2017–2024*. Une vue d’ensemble des travaux figure sur le site de l’Office fédéral de la santé publique (OFSP)¹⁰.

De son côté, le canton de Berne n’est pas resté inactif : depuis quelques années déjà, il œuvre en qualité d’actionnaire majoritaire des hôpitaux anciennement publics, convertis en sociétés anonymes (SA), et il a autonomisé les cliniques psychiatriques en 2017 en les transformant elles aussi en SA.

Il cofinance par ailleurs certaines des prestations non prises en charge par les assureurs. Pour ce faire, il a notamment mis au point et introduit dans le domaine de la psychiatrie un modèle de coûts normatifs pour le financement des prestations ambulatoires en milieu hospitalier et des prestations des cliniques de jour.

En outre, il autorise et finance des projets pilotes afin de répondre à des besoins non couverts par le système de santé et de développer des modèles de soins intégrés. C’est ainsi que la DSSI supervise par exemple un essai pilote de trois ans visant à promouvoir les équipes mobiles en soins palliatifs et, par là même, à améliorer la couverture en soins dans les différentes régions.

L’action du canton se fonde sur la planification des soins hospitaliers, régulièrement révisée, qui est prévue par la loi du 13 juin 2013 sur les soins hospitaliers (LSH)¹¹. L’édition 2016 en vigueur détermine les besoins futurs dans les domaines suivants : soins aigus somatiques, réadaptation, psychiatrie (cliniques de jour et services ambulatoires inclus), sauvetage et professions de la santé non universitaires¹².

Le canton établit également une planification propre au long séjour (planification des EMS). En revanche, les autres secteurs de prise en charge ne font pas l’objet d’une planification, ce qui a entre autres pour conséquence une identification moins systématique des offres lacunaires.

⁹ Programme visant à freiner la hausse des coûts dans l’assurance obligatoire des soins ; rapport du groupe d’experts du 24 août 2017, voir www.bag.admin.ch > Office fédéral de la santé publique OFSP > Assurances > Assurance-maladie > Maîtrise des coûts

¹⁰ Vue d’ensemble des stratégies nationales en matière de santé, voir www.bag.admin.ch > Office fédéral de la santé publique OFSP > Stratégie & politique > Stratégies nationales en matière de santé

¹¹ RSB 812.11

¹² Planification des soins 2016 selon la loi sur les soins hospitaliers, voir www.be.ch/dssi > Santé > Soins hospitaliers > Planification des soins > Planification des soins 2016

4.2 Chiffres clés

Voici quelques données chiffrées sur le domaine de la santé dans le canton de Berne :

Chiffres cléar la santé dans le canton de Berne	
Nombre d’hôpitaux dans le canton de Berne en 2020 ^{13,14}	18 hôpitaux de soins aigus somatiques (dont 2 maisons de naissance) 13 cliniques psychiatriques (dont 4 rattachées à un hôpital de soins aigus et 3 centres de traitement des addictions) 12 centres de réadaptation (dont 4 rattachés à un hôpital de soins aigus)
Nombre d’EMS en 2019 ¹⁵	300
Nombre estimé de cabinets médicaux en 2019 (densité médicale) ¹⁶	environ 3000 (2,9 pour 1000 habitantes et habitants)
Nombre de services d’aide et de soins à domicile en 2019 ¹⁷	92, dont 48 avec obligation de prise en charge et 2 hors canton
Nombre d’infirmières et d’infirmiers indépendants ayant facturé des prestations d’aide et de soins à domicile en 2019 ¹⁸	279
Organisations gérant des logements protégés en 2019 (avec autorisation de fournir des prestations d’aide et de soins à domicile) ¹⁹	69
Nombre de pharmacies ²⁰	174
Nombre de drogueries ²¹	83

¹³ Une partie de la population bernoise est soignée dans des établissements hospitaliers hors canton, tandis que les hôpitaux bernois prennent en charge un nombre non négligeable de patientes et de patients en provenance d’autres cantons ou de l’étranger. La couverture en soins doit tenir compte de ces deux paramètres.

¹⁴ Liste des établissements au bénéfice d’une autorisation d’exploiter du canton de Berne, voir www.be.ch/dssi > Santé > Soins hospitaliers > Hôpitaux > Liste des hôpitaux (hôpitaux), www.be.ch/dssi > Santé > Soins hospitaliers > Psychiatrie (psychiatrie) et www.be.ch/dssi > Santé > Soins hospitaliers > Réadaptation (réadaptation)

¹⁵ Liste des EMS du canton de Berne, voir www.be.ch/dssi > La Direction > Organisation > Office des personnes âgées et des personnes handicapées > Publications > Personnes âgées

¹⁶ Les cabinets médicaux n’étant pas soumis à autorisation, ils ne sont pas répertoriés et il est donc impossible de les chiffrer avec exactitude. Leur nombre dans le canton de Berne est cependant estimé à 3000 environ, sur la base des quelque 4800 autorisations

délivrées en 2019 pour exercer la profession de médecin et de la statistique médicale 2018 de la FMH (voir www.fmh.ch > Thèmes > Statistique médicale > Statistique médicale de la FMH). En Suisse, la densité médicale est de 4,4 médecins pour 1000 habitants, ce qui est supérieur à la moyenne de 3,6 dans les pays de l’OCDE. Elle se situe à 0,95 pour les généralistes du secteur ambulatoire et à 1,26 pour les spécialistes de ce même secteur (chiffres pour l’ensemble de la Suisse).

¹⁷ Décompte des prestations facturées à la DSSI en 2019 par les services d’aide et de soins à domicile

¹⁸ Décompte des prestations facturées à la DSSI en 2019 par les infirmières et infirmiers indépendants

¹⁹ Décompte des prestations facturées à la DSSI en 2019 par les organisations gérant des logements protégés

²⁰ Office du pharmacien cantonal (OPHC), Rapport d’activité 2018 à 2019 (en allemand uniquement), voir www.be.ch/dssi > La Direction > Organisation > Office du pharmacien cantonal > Publications > Rapports d’activité

²¹ Id.

Nombre de bénéficiaires de prestations complémentaires (PC) en 2018 ²²	
– Total	45 897 (17,4% de l'ensemble des personnes retraitées)
– Assurance-vieillesse (AV)	31 612 (13,8% de l'ensemble des personnes retraitées)
– Assurance-survivants (AS)	567 (10,7% de l'ensemble des personnes retraitées)
– Assurance-invalidité (AI)	13 718 (54,1% de l'ensemble des personnes retraitées)
Nombre de services de sauvetage sous mandat de prestations en 2020 ²³	8 (dont 6 rattachés à des hôpitaux)
Nombre d'institutions pour personnes en situation de handicap en 2019 ²⁴	100
Espérance de vie à la naissance en 2018 ²⁵	81,1 ans pour les hommes et 85,1 ans pour les femmes
Population âgée de plus de 64 ans en 2018 ²⁶ (rapport de dépendance des personnes âgées ²⁷)	215 484 (34,6%)
Population âgée de plus de 80 ans en 2018 ²⁸ (rapport de dépendance des personnes très âgées ²⁹)	54 177 (6,9%)
Prime mensuelle moyenne de l'AOS pour les adultes bernois en 2020 ³⁰	CHF 381,30
Prestations nettes de l'AOS dans le canton de Berne en 2018 (dépenses annuelles par personne assurée) ³¹	CHF 3,5 mia env. (CHF 3438)
Dépenses du canton de Berne dans le domaine de la santé en 2018 (dépenses annuelles par habitant) ³²	CHF 1,5 mia env. (CHF 1451)
Dépenses du canton de Berne pour la formation aux professions de la santé non universitaires en 2018 ³³	CHF 15,3 mio env.
Dépenses du canton de Berne pour la formation postgrade en médecine en 2018 ³⁴	CHF 20,2 mio env.

²² OFAS, statistique des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI 2018, tableau T1.2 Bénéficiaires par canton et branche d'assurance, fin d'année, graphique p. 4, voir www.bsv.admin.ch > L'OFAS en ligne > Assurances sociales > Prestations complémentaires > Statistique

²³ Contrats de prestations 2020 de l'Office des hôpitaux (ODH)

²⁴ Contrats de prestations 2019 de l'Office des personnes âgées et des personnes handicapées (OPAH)

²⁵ OFS, BEVNAT, voir www.bfs.admin.ch > Trouver des statistiques > Population > Statistique du mouvement naturel de la population, et Statistique 2017 de la population et des ménages (STATPOP), OFS, voir www.bfs.admin.ch > Trouver des statistiques > Catalogues et banques de données > Publications

²⁶ STATPOP 2018, OFS, voir www.bfs.admin.ch > Trouver des statistiques > Population

²⁷ Rapport entre la population des personnes âgées de plus de 64 ans et celle des 20 à 64 ans

²⁸ STATPOP 2018, OFS, voir www.bfs.admin.ch > Trouver des statistiques > Population

²⁹ Rapport entre la population des personnes âgées de plus de 80 ans et celle des 20 à 80 ans

³⁰ Approbation des primes 2020 de l'OFSP, voir www.priminfo.admin.ch > Chiffres et faits > Approbation des primes

³¹ Id.

³² Des données détaillées sur le mode de financement et le système de rémunération par catégorie de fournisseurs de prestations figurent à l'annexe 3.

³³ Rapport sur l'obligation de formation 2018, DSSI

³⁴ ODH, Formation postgrade en médecine

Contributions à l'OrTra Santé Berne et à l'OrTra bernoise francophone santé-social (ortra-bef-s2) en 2018 ³⁵	CHF 440 000 env.
Dépenses du canton de Berne (après compensation des charges) dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention (programmes de dépistage du cancer exclus) en 2019 ^{36,37}	CHF 3,6 mio env.
Dépenses du canton de Berne pour les institutions destinées aux personnes en situation de handicap en 2019 ³⁸	CHF 177 mio env.

4.3 Couverture en soins et pilotage du système

4.3.1 Bases juridiques

Le système de santé relève de la compétence des cantons. Au niveau bernois, les tâches et responsabilités en la matière sont régies par la Constitution du canton de Berne du 6 juin 1993 (ConstC)³⁹, notamment par les articles 29 (Droits sociaux), 30 (Buts sociaux) et 41 (Santé). Quant à l'organisation et la surveillance, elles sont réglées par différentes lois telles que la LSH, la loi du 2 décembre 1984 sur la santé publique (LSP)⁴⁰ et la loi du 11 juin 2011 sur l'aide sociale (LASoc)⁴¹ ainsi que par les dispositions d'exécution ad hoc. D'autres volets, en particulier ceux liés au financement et aux assurances, sont régis au niveau de la Confédération, notamment par la LAMal, la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA)⁴² et la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI)⁴³. La densité normative est généralement très élevée, notamment en ce qui concerne le secteur hospitalier. Pour ce qui est du régime de financement actuel, il favorise le volet curatif mais constitue un frein aux soins intégrés ainsi qu'aux soins et à la médecine palliative tout en négligeant l'aspect « prise en charge ».

4.3.2 Prestations

Le canton de Berne dispose d'une large gamme de prestations de santé, depuis les soins de base ambulatoires jusqu'à la médecine universitaire hautement spécialisée.

Les soins de base sont organisés de manière décentralisée, tandis que la médecine de pointe est regroupée sur quelques sites.

Les deux hôpitaux universitaires, à savoir l'Hôpital de l'Ile et les Services psychiatriques universitaires de Berne (SPU), viennent compléter l'offre des médecins de premier recours, des spécialistes en cabinet et des pharmacies ainsi que celle des établissements privés et des fournisseurs de prestations cantonaux (anciens hôpitaux, services psychiatriques et centres de réadaptation publics). Il convient de noter que dans certains domaines de la médecine de pointe, seules quelques rares institutions ont été mandatées à l'échelle de la Suisse, dont aucune n'est située dans le canton de Berne⁴⁴. De même, certaines spécialités de la réadaptation ne sont pas proposées dans le canton⁴⁵.

⁴¹ RSB 860.1. Les bases juridiques relatives à la promotion de la santé et à la prévention ainsi qu'à l'aide en cas d'addiction sont actuellement inscrites dans la LASoc. A l'avenir, elles le seront dans la loi sur les programmes d'action sociale (LPASoc).

⁴² RS 832.20

⁴³ RS 831.20

⁴⁴ Transplantations pulmonaires et traitement des brûlures graves, par exemple

⁴⁵ En règle générale, les paraplégiques et les tétraplégiques sont admis au Centre suisse des paraplégiques de Notwill.

La couverture en soins est généralement considérée comme bonne, même si des lacunes, des surcapacités et des inadéquations ont été identifiées çà et là⁴⁶. Les deux derniers cas de figure se présentent lorsque les fournisseurs augmentent le volume de leurs prestations alors que la valeur ajoutée de celles-ci est nulle ou faible, qu'une offre excessive en technologie de pointe ou en médecine hautement spécialisée (MHS) implique une induction de la demande pour être amortie, que des prestations sont rémunérées alors qu'elles ne sont ni appropriées ni économiques ou qu'une coordination défail-lante est à l'origine d'examens ou de traitements à double, de rendez-vous médicaux superflus ou d'une prise en charge inadéquate. Quant aux lacunes, qui peuvent résulter d'un manque de personnel, elles sont susceptibles d'entraîner une baisse de la qualité des prestations ou le renoncement à certaines d'entre elles en dépit de leur nécessité avérée. Des mesures de promotion de la santé insuffisantes peuvent en outre empêcher d'atteindre les objectifs visés dans la prévention des maladies chroniques. Les lacunes semblent par exemple concerner en particulier la pédiatrie ainsi que certains domaines spécifiques, tels les soins palliatifs, les prestations psychiatriques ambulatoires et les services fournis par les généralistes, pénalisant principalement les groupes vulnérables et les régions périphériques. Enfin, alors que certaines catégories de la population ne font pas suffisamment usage des prestations médicales qui leur seraient pourtant nécessaires, ce qui a pour conséquence une morbidité accrue et une dégradation de l'état de santé, d'autres au contraire y ont recours à l'excès sans véritable

nécessité. Dans ce contexte, un haut niveau de compétence en matière de santé contribue de manière décisive à diminuer le nombre de traitements n'ayant pas lieu d'être.

Les nouvelles technologies, les modèles de soins, le cadre réglementaire ainsi que l'évolution des besoins et des attentes des patientes et des patients ont eux aussi une incidence décisive sur l'éventail de prestations, le personnel requis et l'infrastructure, sans oublier l'organisation des processus.

Le canton de Berne finance par ailleurs des structures visant à garantir les droits de la patientèle (organe de médiation pour le secteur hospitalier, Office bernois de médiation pour les questions du troisième âge, de l'encadrement et des homes, fondation Organisation suisse des patients, fondation Sécurité des patients Suisse, etc.). En outre, la loi lui impose de mettre sur pied des prestations de promotion de la santé et de prévention, dont des consultations et d'autres offres destinées aux enfants, aux adolescents et aux personnes âgées. Dans ce contexte, il travaille en collaboration avec la fondation Promotion Santé Suisse et cofinance notamment, dans le cadre de programmes cantonaux et de la stratégie sportive du canton de Berne, des projets encourageant une alimentation équilibrée, l'activité physique et la santé psychique. Parmi les autres services qu'il propose figurent toutes sortes d'actions liées à diverses thématiques comme le sida, l'abus d'alcool, la drogue, la violence et le harcèlement, qui se traduisent tant par des informations et des

recommandations au public que par des formations, des cours et des manifestations. Le canton de Berne est en outre chargé de la supervision du service médical scolaire et de la surveillance des maladies infectieuses. Il mène à bien des études épidémiologiques, définit la couverture vaccinale et s'engage en faveur de mesures préventives spécifiques, notamment le dépistage du cancer du sein par mammographie. D'autres programmes de dépistage, par exemple celui du cancer colorectal, sont à l'étude.

Le DEP sera amené à jouer un rôle clé dès son introduction graduelle à l'échelle fédérale, qui est prévue à partir de 2020. Le canton de Berne a activement soutenu sa mise en œuvre et, dans le cadre d'une collaboration cantonale – entre autres avec Zurich, Bâle-Ville et Lucerne – ainsi qu'avec le concours des fournisseurs de prestations, met sur pied la société d'exploitation axvana. Parallèlement au DEP, celle-ci a pour mission de déployer sur une même plateforme des solutions permettant à des tiers de proposer d'autres applications interentreprises (B2B) et entreprises patients/usagers (B2C). Pour définir ces solutions, encourager la collaboration et éviter les ruptures de médias, le canton de Berne promeut les échanges entre fournisseurs de prestations, organisant pour ce faire des séances de mise en réseau. Le DEP, qui doit répondre à toute une série d'impératifs, parmi lesquels figurent au premier plan la protection et la sécurité des données, poursuit plusieurs objectifs : améliorer les processus de traitement et augmenter la sécurité des patients, mais aussi favoriser et renforcer la compétence en matière de santé.

4.3.3 Structures

Le système de santé englobe plusieurs domaines de soins qui s'articulent autour de différents axes : somatique et psychiatrique, aigu et chronique, ambulatoire et hospitalier. A ces domaines traditionnels s'ajoutent la promotion de la santé, la prévention, le transport et le sauvetage, dont il est également tenu compte dans la présente stratégie.

Comme déjà évoqué au chapitre 3, la santé de la population dépasse le cadre strict du sanitaire et entretient notamment des liens étroits avec la politique sociale. Elle dépend en effet de nombreux facteurs, parmi lesquels figurent, outre la sécurité sociale et économique, le niveau de formation, les conditions de travail et la participation à la vie de la communauté, mais aussi le mode de vie et la qualité de l'environnement. Il est possible d'influer sur une grande partie de ces facteurs⁴⁷, raison pour laquelle les mesures de promotion de la santé et de prévention viennent compléter la couverture en soins. Conscient de la dimension psychosociale de celle-ci, le canton de Berne propose tout un éventail de prestations en ce sens, par exemple dans le cadre de l'aide en cas d'addiction et des soins palliatifs.

S'il procède principalement de la législation fédérale et cantonale, le système de santé est aussi conditionné par des paramètres tels que les moyens financiers, le personnel, l'infrastructure et la technologie. Résultant d'une évolution historique, les structures de soins font intervenir moult acteurs publics et privés, dont la contribution et les interactions diffèrent selon le secteur concerné.

⁴⁶ Plusieurs études font état de disparités considérables au niveau des coûts et de la fréquence d'interventions spécifiques qui ne sont pas imputables à l'état de santé de la population. De telles variations géographiques à l'échelle suisse ont par exemple été mises en évidence par le projet d'atlas suisse des services de santé, qui a été soutenu par la fondation Gottfried et Julia Bangarter-Rhyner dans le cadre du

programme *Recherche sur les services de santé* de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) et a été mené en collaboration avec l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne (ISPM) et l'Observatoire suisse de la santé (Obsan). Voir www.versorgungsatlas.ch (uniquement en allemand)

⁴⁷ Voir par exemple l'article de Economiesuisse de mai 2018 intitulé « Santé : quatre facteurs qui pèsent plus dans la balance que les soins et les traitements », www.economiesuisse.ch/fr/articles/sante-quatre-facteurs-qui-pesent-plus-dans-la-balance-que-les-soins-et-les-traitements

Le système de santé est très fragmenté. Il en découle une multitude d’interdépendances et de recoupements non seulement entre les domaines de soins, mais aussi au sein de chacun d’entre eux. La coordination de la pléthore de fournisseurs ainsi que la transmission en toute fiabilité de l’ensemble des informations pertinentes pour le traitement des patientes et des patients revêtent une importance capitale, notamment au vu de l’essor de la santé numérique.

Dans le domaine des soins, mais aussi dans le secteur de la promotion de la santé et de la prévention, le canton de Berne présente de grandes disparités régionales en termes de répartition des fournisseurs de prestations et par conséquent de disponibilité de l’offre. Les régions périphériques sont moins bien loties que les centres urbains, qui affichent une plus grande densité médicale et proposent des prestations spécialisées, et la couverture en soins y est plus difficile à assurer, notamment de par la topographie du canton.

4.3.4 Instruments de pilotage

Le pilotage du système de santé est assuré par différents dispositifs d’autorisation, de surveillance, de financement et de contrôle dont la multiplicité va de pair avec une grande disparité.

Le canton de Berne pilote avant tout le secteur hospitalier, à qui vont d’ailleurs la plupart des moyens cantonaux à disposition. Ce faisant,

il s’en tient à la devise suivante : intervenir aussi peu que possible, mais autant que nécessaire.

Pilotage des hôpitaux, des cliniques psychiatriques, des cliniques de réadaptation et des maisons de naissance (prestations résidentielles)

Il appartient au canton de Berne d’octroyer des autorisations d’exploiter, d’attribuer des mandats de prestations et d’établir les listes des hôpitaux⁴⁸ auxquelles sont affiliés les établissements hospitaliers, les cliniques psychiatriques, les cliniques de réadaptation et les maisons de naissance. Pour y être répertoriées, les structures concernées doivent répondre à des exigences minimales, indépendamment du statut de propriété, l’objectif étant de garantir la sécurité des patientes et patients et d’assurer la qualité des traitements. Il appartient au canton de vérifier régulièrement le respect des mandats, en particulier en ce qui concerne les prestations qu’il cofinance.

Figurer sur une liste des hôpitaux signifie avoir des droits, mais aussi des devoirs. L’établissement concerné est en effet tenu de proposer la prestation pour laquelle il a été répertorié. Le canton attribue les mandats en s’appuyant sur le modèle échelonné de prise en charge en vertu duquel les soins de base doivent être proposés sur tout le territoire cantonal. A noter cependant que plus une prestation est spécialisée, plus

sa fourniture est limitée à un nombre restreint d’établissements.

Pour ce qui est des centres hospitaliers régionaux (CHR), de l’Hôpital du Jura bernois SA (HJB SA) et des services psychiatriques régionaux (SPR), le Conseil-exécutif dispose d’outils de pilotage supplémentaires. En effet, son statut d’actionnaire lui confère par exemple la compétence de désigner le conseil d’administration (stratégie de propriétaire). En ce qui concerne le groupe de l’Ile, il n’en est certes qu’actionnaire minoritaire, mais, de par une convention d’actionnaires, il lui revient la responsabilité de nommer la présidente ou le président ainsi que les membres de l’organe de gestion stratégique de la Fondation de l’Hôpital de l’Ile et, par conséquent, le conseil d’administration de la société Insel Gruppe AG, conseil dont la composition est identique.

Pilotage des EMS

Le canton tient par ailleurs une liste des EMS⁴⁹. Malgré le contingentement du nombre de places, la répartition régionale des lits n’est pas parfaitement équilibrée⁵⁰.

La latitude du canton est plus limitée en ce qui concerne le domaine ambulatoire, en d’autres termes les services d’aide et de soins à domicile, les médecins en pratique privée et les prestations ambulatoires en milieu hospitalier.

Pilotage des hôpitaux, des cliniques psychiatriques, des cliniques de réadaptation et des maisons de naissance (prestations ambulatoires)

Le canton ne pilote ni ne cofinance les prestations ambulatoires des hôpitaux et des centres de réadaptation. En revanche, il peut intervenir dans le domaine de la psychiatrie en procédant à l’achat ciblé de prestations ambulatoires et de clinique de jour non couvertes par l’AOS (prestations de base fixes et gestion intégrée des soins, notamment).

Pilotage des services d’aide et de soins à domicile

Ces structures sont certes soumises à une autorisation, mais celle-ci est délivrée indépendamment des besoins effectifs. Le canton pilote leurs activités par le biais des conditions générales applicables à leur contrat de prestations. Quant à l’obligation de prise en charge, elle ne vaut que pour un service par région. A noter enfin que le canton conclut les contrats de prestations avec les services d’aide et de soins à domicile publics.

Pilotage des cabinets médicaux

Ceux-ci ne sont pas soumis à autorisation. En d’autres termes, le médecin doit uniquement être titulaire d’une autorisation d’exercer. Pour le canton, les possibilités de pilotage se limitent à la restriction de l’admission des fournisseurs de

⁴⁸ Voir listes des hôpitaux du canton de Berne, www.be.ch/dssi > Santé > Soins hospitaliers > Hôpitaux > Liste des hôpitaux

⁴⁹ Voir liste des EMS du canton de Berne, www.be.ch/dssi > La Direction > Organisation > Office des personnes âgées et des personnes handicapées > Publications > Personnes âgées

⁵⁰ Sur les 15 500 lits en EMS fixés dans le contingent cantonal, 15 421 ont déjà été attribués (1 120 ont été réservés et ne sont pas encore en service).

prestations à pratiquer à la charge de l'AOS en vertu de l'article 55a LAMal⁵¹ et à la détermination du nombre maximum de places d'études dans le domaine de la médecine humaine.

Pilotage des autres fournisseurs de prestations ambulatoires

Le canton a pour seule responsabilité de vérifier que les conditions d'octroi d'une autorisation d'exercer sont réunies.

Chaque cas d'autorisation fait par ailleurs l'objet d'une surveillance cantonale. Si des problèmes ont été identifiés, le canton veille à ce que la situation rentre rapidement dans l'ordre.

En revanche, le canton de Berne exerce une influence directe dans tous les cas où il lui est possible d'acheter et de financer des prestations ciblées via des contrats, ce qui est par exemple le cas dans les domaines de la psychiatrie ambulatoire, du long séjour, du sauvetage, de l'aide en cas d'addiction ainsi que de la promotion de la santé et de la prévention. Il en va de même lorsqu'il finance des essais et des projets pilotes. Les contrats de prestations font l'objet d'un contrôle ainsi que d'une supervision régulière visant à s'assurer que les moyens alloués sont utilisés à bon escient.

D'une manière générale, la surveillance et le pilotage sont entravés par le morcellement des structures administratives (voir chapitre 4.4).

4.4 Autorités

Les activités de santé publique incombent à différents offices de la DSSI. Certains fournisseurs assurant une large gamme de prestations sont sous contrat avec plusieurs d'entre eux et, dans certains cas, ont aussi des interlocuteurs dans d'autres Directions de l'administration cantonale. Aujourd'hui, il n'est donc pas rare que des processus similaires soient gérés de manière différente et que l'échange d'informations et la coordination soient défectueux.

En ce qui concerne les chiffres clés, les données financières, les indicateurs de qualité et de résultat ainsi que les bases analytiques et statistiques, force est de constater des disparités d'un secteur à l'autre. Sont tout particulièrement insatisfaisantes les données relatives aux médecins en pratique privée, aux coûts totaux du système de santé bernois et à leur répartition entre les organismes de financement. Même lorsqu'elles existent, le canton ne peut souvent pas y accéder ou ne dispose pas des moyens juridiques ou techniques pour les croiser ou les exploiter. Quant aux bases conceptuelles liées aux conditions d'utilisation des données, elles font parfois défaut.

Depuis 2017, la DSSI développe la numérisation tout en veillant strictement à la protection des données, l'objectif étant d'améliorer le relevé, la conservation et l'exploitation de celles-ci, de simplifier les processus et de faciliter la collaboration avec les partenaires.

plupart des disciplines dont l'admission est limitée, le nombre de médecins autorisés dépasse aujourd'hui celui fixé en 2013 par le Conseil fédéral pour le canton de Berne. En effet, le nombre de demandes d'autorisation de pratiquer à la charge de l'AOS a considérablement augmenté entre le 31 décembre 2011 et le 1^{er} juillet 2013, période durant laquelle l'article 55a LAMal était abrogé. A noter également que les chiffres figurant dans l'OLAF ne se fondent pas sur un calcul des besoins, mais sur le nombre de médecins possédant déjà un numéro d'homologation au moment où le plafond a été fixé.

⁵¹ Voir l'ordonnance du 3 juillet 2013 sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (OLAF; RS 832.103). Ne sont pas concernés les médecins, toutes disciplines confondues, qui pratiquaient déjà dans leur propre cabinet à la charge de l'AOS avant le 1^{er} juillet 2013 ou qui ont exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade, ceux diplômés en médecine interne générale, en pédiatrie, en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents ainsi que ceux titulaires du titre postgrade unique de médecin praticien. Pour la

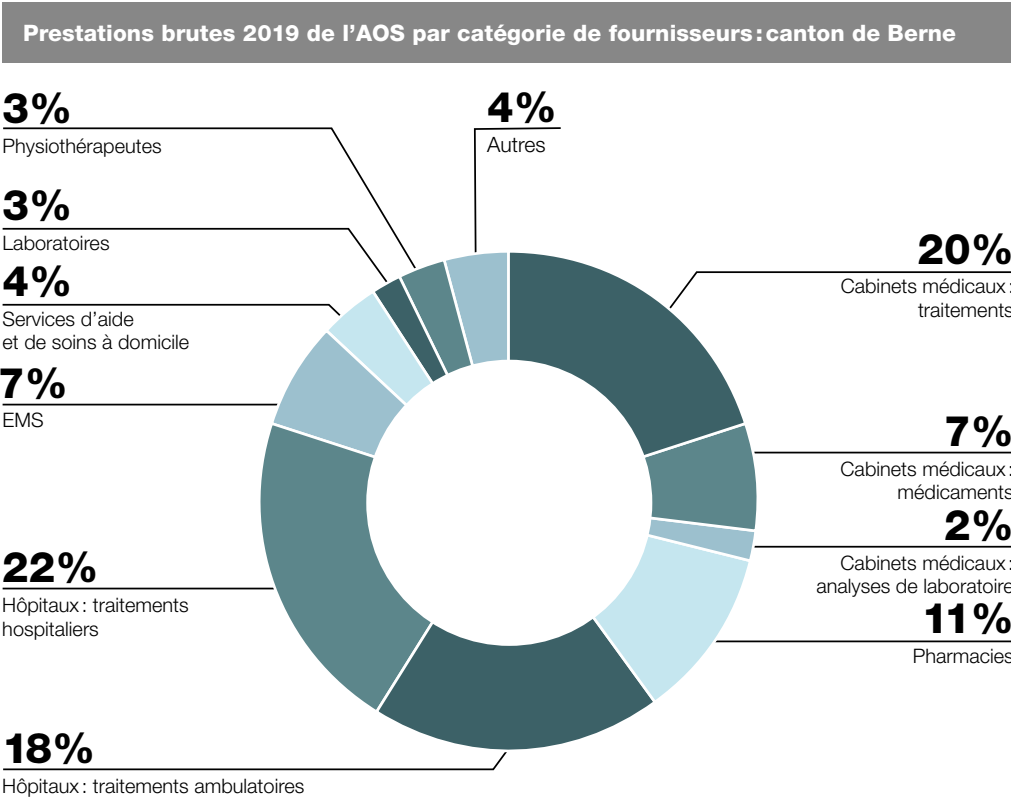
4.5 Financement

En Suisse, les coûts des prestations de santé sont globalement élevés et leurs sources de

financement multiples. Les données bernoises relatives à l'AOS sont présentées ci-après :

Prestations brutes 2019 de l'AOS: comparaison canton de Berne / ensemble de la Suisse		
	2019	
	Canton de Berne	Suisse
Prestations brutes de l'AOS par personne assurée	CHF 4081	CHF 4009

Source : OFSP, monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie, 2019⁵².



Source : OFSP, monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie, 2019⁵³.

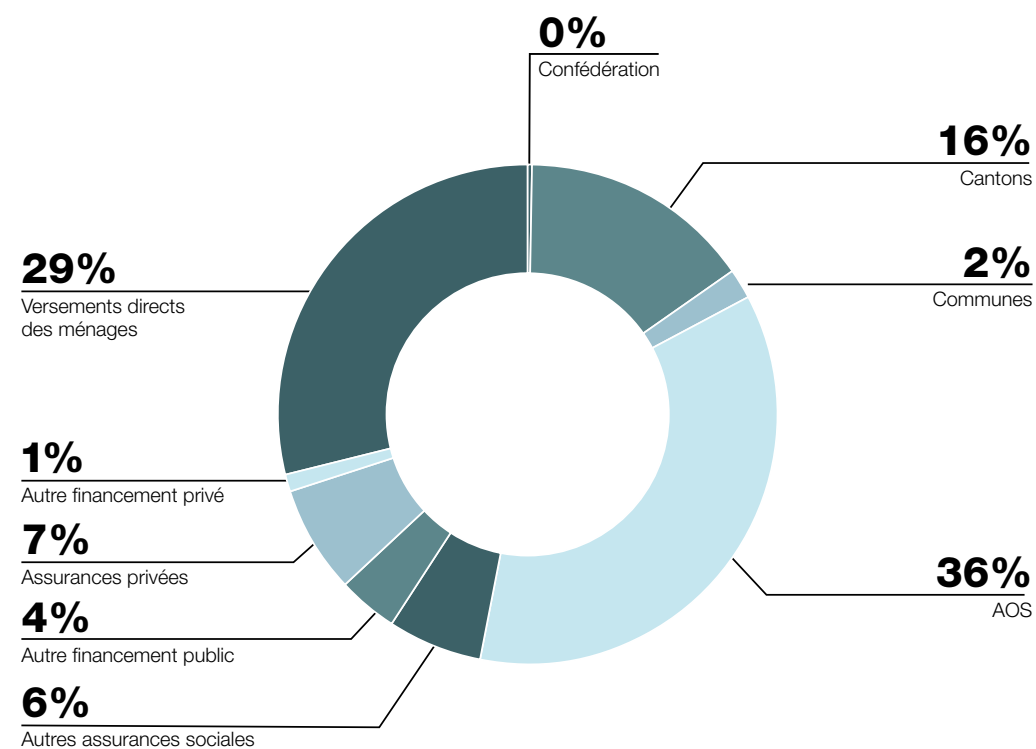
Comme présenté ci-dessus, les prestations brutes de l'AOS, qui correspondent à l'addition des prestations nettes des assureurs et de

la participation des personnes assurées, peuvent être ventilées par catégorie de fournisseurs.

⁵² Voir www.bag.admin.ch > Chiffres & statistiques > Assurance-maladie : statistiques > Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie

⁵³ Id.

Dépenses de santé 2017 par régime de financement



Source : OFS, coût et financement du système de santé, 2017⁵⁴.

Dans le canton de Berne, les prestations brutes et nettes de l'AOS par personne assurée sont supérieures à la moyenne nationale ; il en va donc de même pour le montant moyen des primes qui, pour les adultes, est de 381,30 francs par mois en 2020, contre 374,40 francs en Suisse.

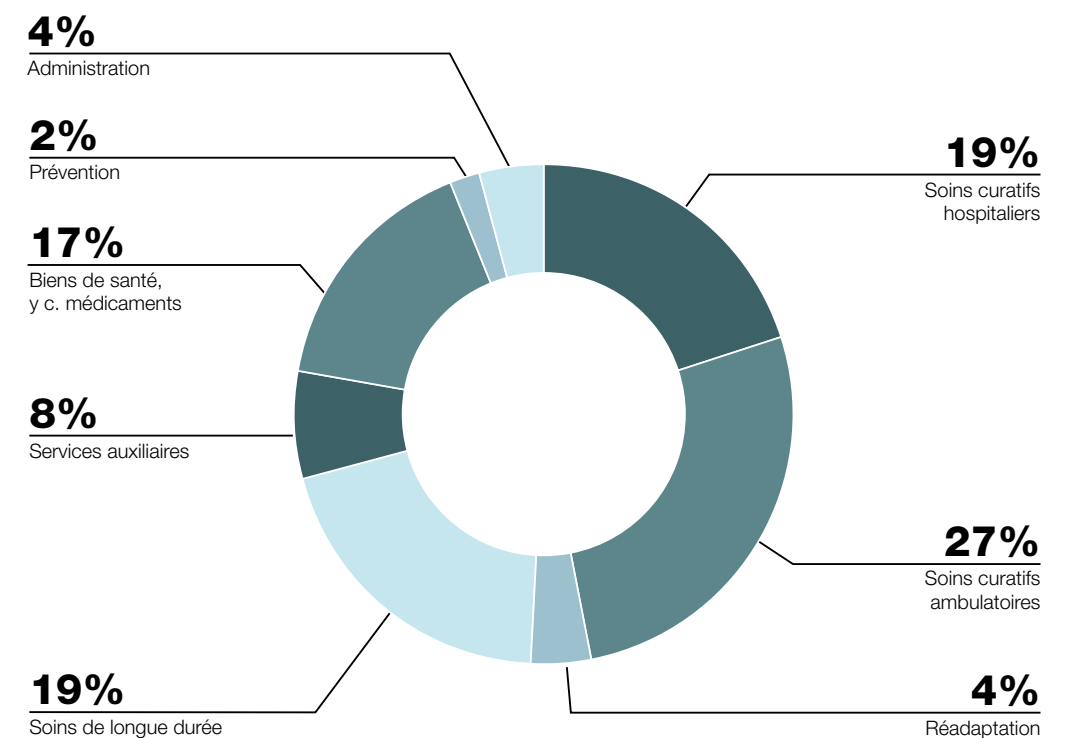
La participation bernoise aux coûts des prestations de l'AOS avoisine 12,5 pour cent. On peut dès lors estimer que près de 12,5 pour cent de l'ensemble des dépenses de santé en Suisse –

quelque 82,8 milliards de francs en 2017, soit 12,4 pour cent du PIB⁵⁵ – concerne la population bernoise, ce qui correspond à 10 milliards de francs environ.

Comme le montre le graphique ci-dessus, ces dépenses sont, en Suisse, prises en charge par différents régimes de financement, dont l'AOS.

Quant aux types de prestation, ils se répartissent comme présenté ci-contre :

Dépenses de santé 2017 par type de prestation



Source : OFS, coût et financement du système de santé, 2017⁵⁶.

Tandis que les soins en mode hospitalier sont cofinancés par le canton de Berne, ceux relevant de l'ambulatoire sont pour la plupart du ressort des assurances (sociales), l'AOS par exemple, ou alors sont directement financés par la patientèle (prestations dites autofinancées ou *out of pocket*). En 2019, le canton de Berne a consacré quelque 1,5 milliard de francs au domaine de la santé⁵⁷. Environ 70 pour cent de cette somme ont été consacrés aux hospitalisations (en hôpital de soins aigus somatiques, clinique psychiatrique et maison de naissance), tandis que 16 pour cent étaient destinés aux EMS, établissements de cure compris. Ne sont pas inclus dans ce montant de 1,5 milliard de francs les financements indirects de prestations de santé via les prestations complémentaires et les réductions de primes, auxquelles contribuent tant la Confédération que les cantons.

Ces dépenses doivent être mises en regard des bénéfices induits, qu'ils soient directs – impact positif sur la santé, la qualité de vie, la dignité humaine et l'espérance de vie – ou indirects, par exemple meilleure aptitude à exercer une activité professionnelle ou à reprendre un travail et, par là même, à percevoir un revenu. Difficilement quantifiables, ces effets se traduisent cependant par une augmentation des recettes fiscales et par une diminution des coûts sociaux. Dans cette optique, la promotion de la santé et la prévention s'envisagent non seulement comme des mesures à visée individuelle et collective, mais aussi comme un moyen de limiter à long terme les frais de santé. Par ailleurs, le poids économique du domaine de la santé, secteur médicotechnique compris, ne doit en aucun cas être sous-estimé, ne serait-ce que du point de vue de l'emploi : en 2017, près de 83 000 personnes, soit environ 59 000 équivalents plein temps (EPT), y travaillaient⁵⁸, chiffre qui comprend également les foyers et qui est appelé à augmenter d'ici 2030, notamment de par l'évolution démographique.

⁵⁴ OFS, coût et financement du système de santé 2017, voir www.bfs.admin.ch > Trouver des statistiques > Santé > Coût, financement

⁵⁵ Id.

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ Voir annexe 3

⁵⁸ OFS, Statistique structurelle des entreprises (STATENT) 2017, www.bfs.admin.ch > Trouver des statistiques > Industrie, services > Entreprises et emplois

4.6 Personnel

Dans bon nombre de domaines de soins, de professions et de spécialités, mais aussi de régions, disposer de personnel en suffisance constitue un enjeu majeur. C’est pourquoi le canton de Berne exerce sur ce terrain également une fonction de pilotage, en particulier en ce qui concerne la formation et le perfectionnement. Dans cette optique, il a introduit au 1^{er} janvier 2012 l’obligation de formation applicable aux professions de la santé non universitaires, qui a pour dessein d’inciter les établissements bernois à exploiter leur potentiel en la matière, à répondre aux besoins en personnel qualifié et, partant, à assurer la relève. Il s’agit ici aussi d’atteindre les objectifs définis en termes de couverture en soins, ce qui est également dans l’intérêt des institutions soumises à cette obligation. Chaque année, les prestations de formation sont calculées puis fixées par voie de décision pour chacune d’entre elles. Il est ensuite vérifié, sur une base annuelle également, si ces prestations ont été effectivement fournies.

En 2017, 1443 diplômes du degré secondaire II, d’une école supérieure (ES) ou d’une haute école spécialisée (HES) ont été obtenus au sein de 361 établissements (hôpitaux, cliniques psychiatriques, centres de réadaptation, services de sauvetage, institutions de long séjour, services d’aide et de soins à domicile et cabinets privés)⁵⁹.

Le canton de Berne indemnise en outre la formation postgrade en médecine et en pharmacie à raison de 15 000 francs par poste et par an. En 2017, près de 19 millions de francs ont ainsi été alloués au financement de 1241 EPT. Or, en vertu de l’article 49, alinéa 3 LAMal, les frais de perfectionnement professionnel, qui relèvent des prestations d’intérêt général, ne sont pas compris dans la rémunération des prestations hospitalières que les cantons et les assureurs versent aux hôpitaux répertoriés.

Le forfait accordé par le canton de Berne est conforme à la Convention du 20 novembre 2014 sur les contributions des cantons aux hôpitaux relative au financement de la formation médicale postgrade et sur la compensation intercantonale des charges (convention sur le financement de la formation postgrade, CFFP), qui vise à mettre en place une compensation intercantonale permettant d’alléger la charge financière des cantons dont

les établissements hospitaliers contribuent fortement à la formation. A noter cependant que pour entrer en vigueur, la CFFP requiert l’adhésion de 18 cantons au moins, ce qui n’est pour l’instant pas le cas.

Depuis 2008, le canton soutient par ailleurs le projet *Assistanat au cabinet médical*. Mené par l’Institut universitaire de médecine générale de Berne (BIHAM), celui-ci vise à renforcer la médecine de premier recours, en particulier dans les zones rurales. En 2019, le nombre de postes d’assistanat en cabinet est passé de 21 à 35. Quant à la participation cantonale, elle se monte à 1,5 million de francs par an environ.

L’évolution démographique se traduira d’ici 2025 par une augmentation de la population bernoise de près de 60 000 personnes⁶⁰, d’où un rapport de dépendance accru, qui atteindra 40 pour cent. Des mesures supplémentaires sont requises pour répondre à ces nouveaux besoins tout en faisant face à la pénurie croissante de personnel et à sa répartition inégale. A noter que la situation diffère selon les régions : l’insuffisance d’effectifs qualifiés est surtout à déplorer dans les zones rurales et touche avant tout les infirmières et les infirmiers ainsi que les médecins de premier recours⁶¹ même si, dans une moindre mesure, les centres urbains sont eux aussi

concernés et les spécialistes viennent à leur tour à manquer. Consacré aux professions de la santé non universitaires, le chapitre 16 de la *Planification des soins 2016 selon la loi sur les soins hospitaliers* quantifie le nombre de professionnels bien formés nécessaires à une prise en charge de la population à la fois adéquate et axée sur la qualité en exposant les mesures permettant d’assurer la relève.

Quant au transfert à l’ambulatoire, il est de plus en plus marqué, ce qui va avoir des répercussions sur les besoins en personnel de santé et poser aux établissements de nouveaux défis en termes de formation postgrade des médecins. D’autres transformations modifient profondément le monde professionnel : la révolution numérique, l’évolution du système de valeurs, l’égalité hommes-femmes, l’émergence de nouveaux modèles de travail, etc. Pour les fournisseurs de prestations de santé, il s’agit de s’adapter à ces mutations voulues par leurs collaboratrices et collaborateurs et de prendre toutes les dispositions en vue de la transition numérique.

Il convient enfin d’évoquer ici le bénévolat, qui complète et soutient le travail salarié sans toutefois lui faire concurrence. Loin d’être négligeable, son importance, bien que non chiffrée avec exactitude, ne doit pas être sous-estimée.

⁵⁹ Rapport sur l’obligation de formation 2017, DSSI, voir www.be.ch/dssi > La Direction > Organisation > Office des hôpitaux > Formulaire / demandes > Obligation de formation

⁶⁰ Voir les scénarios démographiques régionalisés pour le canton de Berne, www.fin.be.ch > Finances > Statistique publique > Population > Projections de l’évolution démographique (scénarios)

⁶¹ Par médecins de premier recours, on entend les médecins ayant obtenu le titre de spécialiste en médecine générale, en médecine interne, en médecine interne générale, en pédiatrie, en gynécologie et obstétrique ou en psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent ainsi que les médecins praticiens.



5. Tendances actuelles du système de santé

Le domaine de la santé connaît de profondes mutations. Voici quelques exemples des tendances actuelles :

Virage ambulatoire : le progrès technique, qui se traduit entre autres par des pratiques opératoires de moins en moins invasives, des anesthésies aux effets secondaires moindres et un meilleur suivi hospitalier, ouvre de nouvelles perspectives à la médecine ambulatoire tout en offrant un fort potentiel d'économie. Dans ce contexte, l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS)⁶² a été modifiée au 1^{er} janvier 2019 afin de favoriser le recours aux prestations ambulatoires. C'est ainsi que, depuis cette date, six groupes d'interventions sont uniquement pris en charge par l'assurance obligatoire des soins en mode ambulatoire, sauf circonstances particulières. D'ici 2021, le canton de Berne définira quant à lui un certain nombre d'interventions supplémentaires qui devront généralement s'effectuer de manière ambulatoire. Cette tendance, qui répond à un besoin de la patientèle, devrait faire baisser les coûts de la santé et alléger la charge financière du canton puisque celui-ci ne cofinance jusqu'à présent que les séjours résidentiels. En ce qui concerne les établissements hospitaliers, cette évolution constitue un défi, car elle est synonyme de recettes plus faibles et implique des adaptations en termes d'infrastructure, mais aussi de processus et de personnel. Plus globalement, le virage ambulatoire va remodeler le paysage hospitalier.

Regroupement des médecins en cabinets de groupe : tant les généralistes que les spécialistes ont de plus en plus tendance à s'associer. Les cabinets individuels se voient donc supplantés par des cabinets de groupe réunissant des professionnel-le-s d'une ou de plusieurs branches. Cette solution permet de mieux exploiter les infrastructures, mais aussi

de se partager le personnel non médical et d'être plus facilement joignable.

Technologies avancées : les progrès de la médecine élargissent le champ des possibles et permettent de personnaliser de plus en plus les traitements. Il convient d'évoquer ici la thérapie génique et la médecine de précision⁶³, dont l'accès équitable et les coûts élevés posent la question du prix d'une vie ou d'une année de vie – problématique à laquelle les acteurs du financement vont devoir continuer à réfléchir ces prochaines années.

Numérisation et télémédecine : la manière dont sont fournies les prestations de santé évolue au gré des nouvelles technologies. De plus en plus, il n'est pas utile d'être sur place pour poser un diagnostic ou mener à bien une consultation. Il en résulte moins de contraintes spatio-temporelles, ce qui signifie moins de trajets, mais aussi meilleur accès aux soins pour les régions périphériques, réduction potentielle des coûts et possible délocalisation à l'étranger de certaines prestations. Dans le même temps, ces changements soulèvent un certain nombre de points liés à la surveillance, à la responsabilité et aux limites de la délégation des tâches.

Evolution démographique : l'augmentation de l'espérance de vie ainsi que la situation migratoire sont autant de facteurs laissant à penser que la population va continuer à croître ces prochaines années, de même que la proportion de retraité-e-s et de personnes très âgées. Cette évolution va de pair avec de meilleures chances de vieillir en bonne santé, ce qui signifie entre autres que l'entrée en EMS interviendra plus tard. L'espérance de vie des personnes en situation de handicap va elle aussi s'allonger, avec pour conséquence des besoins de prise en charge à plus long terme. Du côté du corps médical, le départ à la retraite dans les années à venir de nombreux médecins, avant tout libéraux, est un point à ne pas négliger.

⁶³ Avec le soutien du canton, l'Université de Berne et le groupe de l'Ife ont créé le Bern Center for Precision Medicine, qui est opérationnel depuis janvier 2019. Destinée à être adaptée sur mesure aux besoins de chaque personne, la médecine de précision est considérée comme la médecine de demain.

⁶² RS 832.112.31



© Bern Welcome

6. Analyse SWOT

Le présent chapitre considère le système actuel sous l'angle de ses forces, de ses faiblesses, de ses opportunités et de ses menaces (analyse SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*). Le but poursuivi par la stratégie de la santé est respectivement de les conserver, de les surmonter, de les saisir ou de les contrer. Dans certains cas, le canton peut exercer une influence directe ou indirecte sur les différents points évoqués ci-dessous, tandis que dans d'autres, il ne dispose d'aucune marge de manœuvre.

COUVERTURE EN SOINS ET PILOTAGE DU SYSTÈME	
Forces	Faiblesses
D'une manière générale, l'offre de soins ambulatoires et hospitaliers est vaste, diversifiée, accessible et d'un haut niveau de qualité. La population bernoise peut recourir au sein même du canton à pratiquement toute la gamme de prestations, des soins de base ambulatoires à la médecine hautement spécialisée. Les prestations médicales sont à la disposition de tout un chacun. Le canton de Berne compte deux hôpitaux universitaires (l'Hôpital de l'Île et les SPU). En tant que site médical et universitaire de pointe, il bénéficie d'une renommée internationale, attirant du personnel qualifié suisse et étranger ainsi qu'une patientèle provenant d'au-delà de ses frontières. Différents fournisseurs de prestations spécialisés publics et privés collaborent dans les domaines des soins somatiques, de la psychiatrie et de la réadaptation. Les hôpitaux sont compétitifs. Le canton de Berne applique correctement la LAMal en faisant preuve de modération dans l'indemnisation des prestations d'intérêt général. Aucun rationnement des soins médicaux dû à la pression exercée sur les coûts n'est observé. La planification régionale des prestations hospitalières garantit l'accès à des soins de base de proximité. L'autonomisation des hôpitaux et des cliniques psychiatriques autrefois publics en sociétés anonymes confère à ceux-ci davantage de flexibilité dans l'aménagement de leur offre. Le canton de Berne est autosuffisant: la majorité de la population se fait soigner à l'intérieur de ses frontières. En outre, les établissements bernois prennent en charge de nombreuses personnes non issues du canton. Il existe un éventail d'offres à l'intention des enfants, des jeunes et des aînés dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention.	Il existe des surcapacités ou, à l'inverse, une couverture insuffisante dans certaines disciplines ou régions, et les fournisseurs de prestations ambulatoires sont inégalement répartis. Les zones rurales manquent de plus en plus de médecins de premier recours. La spécialisation croissante se traduit par une pénurie de généralistes à même d'assurer une prise en charge globale en cas de polymorbidité ou de maladies chroniques. Dans une large mesure, la patientèle ne bénéficie pas d'un suivi coordonné après un séjour hospitalier et les mesures à prendre ne sont parfois pas suffisamment anticipées. Il n'existe pas de stratégie ciblée: seuls quelques domaines de soins font l'objet d'un pilotage quantitatif (planification et contrôle). A différents échelons et dans plusieurs domaines, les réglementations trop peu coordonnées obligent les établissements à fournir un volume considérable de données, parfois redondantes et pour lesquelles des moyens informatiques performants méritent d'être développés. Des systèmes inappropriés et non reliés entre eux nuisent à l'utilisation optimale des ressources. Les réglementations ne sont pas adaptées aux besoins et aux conditions spécifiques des différentes régions. Les traitements curatifs, préventifs et palliatifs sont peu coordonnés les uns avec les autres, de sorte qu'une véritable chaîne de prise en charge fait défaut. Les structures sont complexes et peu adaptées à la réalité actuelle des soins. La prise en charge sanitaire actuelle est trop orientée sur les soins aigus et le secteur hospitalier. Le morcellement du système de santé, mais aussi le cloisonnement entre celui-ci et le domaine social présupposent une coordination qui, pour l'heure, est perfectible. Les différents groupes professionnels, fournisseurs de prestations et domaines de soins ne travaillent pas suffisamment en réseau tout au long de la chaîne de prise en charge. Au sein de la population bernoise, les chances de vivre en bonne santé diffèrent selon la situation et le statut social. Dans le même temps, les personnes souffrant de troubles psychiques ont une espérance de vie nettement plus faible que la moyenne. Il manque encore aujourd'hui une offre de soins aigus et de transition (SAT) post-hospitaliers facilement réalisable et à même d'améliorer la gestion intégrée.

COUVERTURE EN SOINS ET PILOTAGE DU SYSTÈME	
Opportunités	Menaces
Le canton de Berne dispose d'un modèle échelonné de prise en charge dans le domaine hospitalier qui prévoit, d'une part, la décentralisation des soins de base et, d'autre part, la concentration des soins spécialisés et de la médecine de pointe. L'évolution démographique permet aux fournisseurs de prestations de se positionner sur le marché en proposant des offres innovantes. Le transfert à l'ambulatoire de prestations autrefois hospitalières offre de nouvelles opportunités en termes de positionnement stratégique. Les domaines des soins aigus et de la psychiatrie se rapprochent, et les établissements publics côtoient ceux du privé. Il convient de favoriser la coopération entre les fournisseurs de prestations et d'exploiter les effets de synergie. Il importe que la population dispose d'une bonne compétence en matière de santé pour utiliser correctement les informations mises à sa disposition et comprendre le fonctionnement du système de soins. La gestion intégrée des soins et le travail en réseau entre généralistes et spécialistes, hôpitaux et cliniques, services ambulatoires et EMS sont à développer et à renforcer. Il s'agit de créer des modèles de soins plus flexibles. Il est essentiel de tirer parti des gains d'efficience offerts par l'intelligence artificielle, la numérisation et la cybersanté, et de développer la télémédecine. Les nouvelles technologies pourraient permettre de mieux couvrir les besoins de la population, notamment dans les zones rurales ou en ce qui concerne la gestion intégrée des soins. Qui dit nouvelles thérapies (médecine personnalisée, p. ex.) dit traitements plus efficaces. Le système de sauvetage bernois peut être optimisé en adaptant les sites (emplacement géographique, nombre d'équipes et horaires d'exploitation) et en rationalisant les petites structures organisationnelles.	L'induction de la demande par l'offre, le phénomène de l'aléa moral et le manque de coordination entraînent des inefficiences (p. ex. surmédication et interventions inutiles). Le vieillissement de la population engendre une augmentation des maladies chroniques et de la polymorbidité et, par conséquent, un recours accru aux services de santé. La surréglementation, qui limite la flexibilité et la créativité, peut se répercuter sur la qualité des soins de base (p. ex. pilotage régi par le nombre de cas et le mode de financement). Les attentes de la société envers le système de santé sont de plus en plus élevées. Le besoin de traiter aussitôt tout problème médical a pour conséquence que les patientes et les patients n'hésitent plus à faire appel aux services d'urgence des hôpitaux, tandis que le lien avec la ou le généraliste s'étiole, d'où une augmentation des coûts. La concurrence entre établissements et le libre choix de l'hôpital prévus par la LAMal ne sont pas pleinement mis en œuvre. Les cantons prennent des mesures protectionnistes.

AUTORITÉS	
Forces	Faiblesses
Le personnel cantonal dispose de bonnes connaissances du domaine et d'une longue expérience.	Au sein de l'administration, les tâches sont réparties entre plusieurs Directions et offices (notamment en ce qui concerne la promotion de la santé, la prévention, les soins palliatifs, l'aide en cas d'addiction et les professions de la santé). Les processus pourtant similaires ne sont pas toujours organisés de la même manière. Les bases statistiques et analytiques sont lacunaires et peu transparentes. Les données relatives à la qualité sont parfois indisponibles, inexploitable, impossibles à croiser ou pas à jour. Des outils d'évaluation font défaut.
Opportunités	Menaces
Des bases décisionnelles plus exhaustives rendent la surveillance et le pilotage plus efficaces. La transparence peut être améliorée par la publication des indicateurs de qualité et des données récoltées dans le cadre de la surveillance. Une évaluation régulière des tâches et des processus au sein de l'administration renforce l'efficacité et le rendement. Une meilleure coordination entre Directions peut être assurée.	Les structures et les processus trop rigides, inadaptés à un contexte en mutation, compliquent l'accomplissement des tâches.

FINANCEMENT	
Forces	Faiblesses
Le système de santé ne génère pas uniquement des coûts, mais fait aussi partie intégrante de la chaîne de création de valeur. Son financement est à l'heure actuelle encore assuré. Quatre des six CHR du canton de Berne se situent dans le quartile inférieur de l'analyse comparative des coûts par cas, soit parmi les 25% des hôpitaux les plus économiques de Suisse. En raison de l’augmentation de la demande en prestations de soins, le système de santé joue un rôle économique majeur en tant qu’employeur et acquéreur de biens et de services. Le site médical représente une force motrice pour l’économie du canton de Berne et un facteur d’innovation.	Les coûts de la santé augmentent malgré la diminution de certains prix, ce qui induit une charge financière supplémentaire en hausse constante sur les ménages. Seule une partie de cette augmentation résulte de l’évolution démographique⁶⁴. Les traitements ambulatoires et hospitaliers ne sont pas financés de manière uniforme. Les dépenses et les recettes des services ambulatoires en milieu hospitalier ne sont pas équilibrées. La tarification des prestations médicales ambulatoires de base est trop faible par rapport à celle des prestations spécialisées. Le système tarifaire actuel et la diversité des systèmes de financement engendrent des incitations indésirables, un manque d’efficience et des coûts superflus. Le système tarifaire et le financement prévalant actuellement dans le système de la santé incitent à accorder la priorité aux soins curatifs. Il n’existe pas de système de financement régulier pour la gestion intégrée des soins. Par ailleurs, les nouveaux modèles de soins (p. ex. celui d’infirmière/d’infirmier de pratique avancée APN, <i>Advanced Practice Nurse</i>) sont incompatibles avec les régimes actuels de tarification et de financement. Il n’existe aucune vue d’ensemble (financière) de la chaîne de prise en charge. Par conséquent, les mesures d’optimisation sont uniquement sectorielles.
Opportunités	Menaces
Le système de santé doit être considéré comme une source d’opportunités pour l’économie publique et le bien-être de la population. Lors du développement et de la mise en œuvre des régimes de financement, il convient de veiller à ce que les patientes et les patients soient pris en charge par la bonne structure (p. ex. réadaptation précoce, SAT, etc.). Un financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières peut, sous réserve d’aménagements judicieux (intégration du personnel soignant et utilisation d’instruments de pilotage par les cantons), contribuer à réduire le nombre actuel de fausses incitations systémiques et ouvrir la voie à de nouveaux modèles de rémunération et de tarification. Le système de santé bernois suscite l’attrait des investisseurs.	Le financement doit rester garanti malgré l’augmentation des coûts. Les modèles de financement alternatifs (p. ex. assurance soins) ne sont pas suffisamment débattus, alors que l’on assiste à un transfert des coûts de l’AOS aux cantons. L’endiguement des coûts est en contradiction avec la promotion du site médical bernois et la prospérité des fournisseurs de prestations (cantonaux). En effet, priorité est aujourd’hui donnée aux stratégies visant à freiner les dépenses. Les soins ambulatoires en milieu hospitalier manquent d’efficience en raison du sous-financement dans ce domaine, qui freine le transfert vers ce secteur. Les investissements accrus des fournisseurs de prestations risquent de créer des surcapacités. La pression économique exercée sur les établissements augmente, ce qui pourrait modifier le paysage hospitalier et remettre en question les soins de proximité par les CHR.

PERSONNEL	
Forces	Faiblesses
Le niveau de formation des professionnels de la santé est élevé et garant d’une bonne qualité. La formation est réputée en Suisse et à l’étranger.	Différents secteurs du système des soins connaissent une pénurie de places de formation et de personnel qualifié. L’affectation du personnel n’est pas toujours adéquate. La hausse de la demande en prestations de traitement, de soins et de prise en charge ne peut pas être satisfaite en raison du manque de personnel. La spécialisation croissante tant lors de la formation que dans l’exercice du métier se traduit par une augmentation des coûts. La durée d’exercice de la profession, parfois très courte, est en baisse, pour des raisons diverses.
Opportunités	Menaces
Une redéfinition des rôles associée à l’intégration des nouveaux profils dans la formation peut favoriser une prise en charge compétente des patientes et des patients par la catégorie professionnelle la plus adéquate. La pénurie de personnel qualifié peut être atténuée par un meilleur usage des ressources humaines.	La pénurie de personnel qualifié s’accroîtra en l’absence de mesures efficaces, ce qui peut avoir des incidences sur la qualité des prestations, mais aussi sur celle de la formation. Les structures de formation des institutions risquent de disparaître en raison du nombre croissant de places de formation vacantes dans le secteur des soins. Un exode du personnel qualifié vers d’autres cantons ou professions est à craindre en raison des conditions de travail moins attrayantes (en particulier dans les secteurs du sauvetage et des soins). Les fournisseurs de prestations sont aujourd’hui dépendants des possibilités de recrutement de personnel qualifié titulaire d’un diplôme étranger. Les mutations sociétales risquent d’engendrer une diminution des soins assurés à titre bénévole par les proches, nécessitant ainsi l’engagement de personnel supplémentaire. L’évolution des salaires est insatisfaisante suite à la baisse des tarifs, ce qui nuit à l’attractivité du secteur des soins. Une augmentation supérieure à la moyenne des besoins en personnel est à présager en raison de l’évolution démographique, de l’augmentation des besoins dans le domaine du handicap et du départ à la retraite d’un grand nombre de personnes au cours des dix à quinze prochaines années. La charge de travail des proches aidants est de plus en plus lourde. Des offres supplémentaires d’assistance et d’accueil temporaire doivent leur être proposées à un prix abordable.

⁶⁴ La croissance des coûts de la santé avec l'âge peut être imputée au taux de mortalité et de morbidité, qui ne cesse de croître au fil des ans. Les dépenses sont particulièrement élevées durant la dernière année de vie. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, la mortalité est aujourd'hui repoussée à un âge toujours plus élevé (effet de compression). Parmi les autres facteurs qui influent sur les coûts de la santé figurent des éléments économiques et culturels ainsi que l'offre en soins et les progrès médicaux.

7. Vision et mission

7.1 Vision

Le canton de Berne mène son action selon cinq principes fondamentaux :

- orientation sur les personnes,
- compétence et coopération,
- efficacité et efficience,
- autonomie et responsabilité,
- développement et innovation.

Se fondant sur ces principes, il a établi les grandes lignes de sa vision en matière de santé :

VISION
1 Le canton de Berne préserve, favorise et si possible rétablit la santé de l'ensemble de sa population tout en veillant à la qualité de vie de celle-ci. Il adopte pour ce faire une approche globale et non discriminatoire qui garantit la dignité et l'autodétermination des personnes prises en charge.
2 Le canton de Berne dispose d'un système de santé de haute qualité, novateur, accessible à toutes et à tous, coordonné et finançable, qui responsabilise chacun de ses acteurs et connaît un rayonnement national.
3 Les professionnels de la santé exercent leur métier avec compétence et passion, dans un cadre valorisant offrant de bonnes conditions de travail et des perspectives de développement.

Commentaires

1. / Une importance décisive est accordée à l'autodétermination, à la dignité et à la qualité de vie. La prise en charge est non seulement curative, mais aussi préventive, réadaptative et palliative.

2. / Le canton de Berne tient à ce que l'ensemble de sa population ait accès à un réseau de santé performant. Organisé de manière à assurer une bonne coordination des soins et la mise à profit des synergies, celui-ci s'entend comme un élément d'un système global, dont il fait partie intégrante. Les recoupements, notamment avec le domaine social, sont optimisés. Le canton de Berne dispose d'un large éventail de fournisseurs de prestations, parmi lesquels deux hôpitaux universitaires dont la renommée dépasse ses frontières. Les prestations, en particulier celles des établissements hospitaliers, doivent également être ouvertes aux patientes et patients d'autres cantons. L'utilisation efficace des ressources doit contribuer à assurer la pérennité du financement de la couverture en soins. Par ailleurs, la patientèle doit être encouragée par le biais de mesures appropriées à développer sa compétence en matière de santé et par là même à se responsabiliser. Enfin, il convient de promouvoir l'innovation.

3. / La compétence passe par une formation initiale, postgrade et continue répondant aux exigences de l'activité, tandis que la passion naît de tâches ayant du sens, de bonnes conditions de travail et d'un métier ouvrant des perspectives professionnelles – autant de paramètres auxquels le canton de Berne est attentif.

7.2 Mission

De la vision exposée ci-contre découle la mission suivante :

MISSION
Responsabilité Autorités sanitaires du canton de Berne
Action Nous assurons la couverture en soins sur notre territoire. Pour ce faire, nous appliquons les bases juridiques tant fédérales que cantonales, créons les conditions nécessaires à la fourniture de prestations répondant de manière ciblée aux besoins de la population et, dans un esprit de responsabilisation de chacun, promouvons et préservons la santé, le bien-être et la qualité de vie. Ouverts à l'innovation, nous sommes au fait des progrès scientifiques, veillons à l'efficacité et à la durabilité des moyens mis en œuvre et privilégions les mesures axées sur les résultats.

Commentaires

Responsabilité | Dans la mesure où il s'agit de la stratégie de la santé du canton de Berne, celle-ci est formulée du point de vue des autorités compétentes de l'administration cantonale.

Action | La mission centrale consiste à assurer la sécurité des soins. Diverses bases juridiques sous-tendent le domaine de la santé : les dispositions fédérales confèrent au canton la responsabilité de la planification, du pilotage et du financement, tandis que les prescriptions cantonales fixent les modalités de la surveillance et de la formation. Mettant à l'honneur la recherche, l'expertise et l'expérience, le canton de Berne mise sur les avancées techniques et méthodologiques. Les solutions novatrices font l'objet d'une évaluation et sont adoptées si leurs effets à moyen et à long terme s'avèrent prometteurs.

La mission se traduit par des axes stratégiques et des objectifs.



8. Axes stratégiques, objectifs et mesures

8.1 Axes stratégiques

Sur la base de la vision qu’il a définie, de la mission qu’il s’est fixée et de l’analyse SWOT à laquelle il a procédé, le canton de Berne a identifié les six axes stratégiques suivants⁶⁵ :

Axes stratégiques	
I	Compétence de la population en matière de santé
II	Soins intégrés, notamment en ce qui concerne les maladies chroniques et les pathologies nécessitant une prise en charge lourde
III	Collaboration interprofessionnelle et action systématique contre la pénurie de personnel qualifié
IV	Recherche, développement et innovation
V	Transition numérique
VI	Maîtrise de la hausse des coûts

De ces axes stratégiques découlent une série d’objectifs qui, pour pouvoir être atteints, se déclinent eux-mêmes en mesures concrètes. Etant donné que la réalisation des objectifs dépend souvent des moyens à disposition, les mesures définies ne seront mises en œuvre qu’une fois les ressources nécessaires autorisées par l’organe compétent, et de nouvelles ne verront le jour que si elles peuvent être financées par des économies réalisées çà et là.

⁶⁵ Les axes stratégiques ne sont pas numérotés par ordre de priorité.

8.2 Objectifs et mesures

PILOTAGE DU SYSTÈME DE SANTÉ

A | La population du canton de Berne dispose d’un système de santé répondant à ses besoins.
Fondé sur les besoins effectifs, celui-ci favorise et préserve la qualité de vie. Il tient compte des spécificités topographiques et démographiques bernoises ainsi que des interactions avec d’autres cantons. Les différents fournisseurs de prestations et groupes professionnels travaillent en étroite collaboration les uns avec les autres. La population est informée des prestations à sa disposition et les utilise au mieux. Le canton pilote le système de santé en veillant à son adéquation et à sa finançabilité.

Mesures		
A1 Analyse et gestion du paysage sanitaire		
1. Etude des répercussions de l’évolution démographique sur le système de santé en vue de déterminer les besoins de la population et de favoriser la mise en place de nouvelles prestations susceptibles d’y répondre.	●●●	
2. Relevé et monitoring des données relatives au paysage sanitaire ainsi qu’à la qualité et au maillage des soins, tout particulièrement sous l’angle de leur accessibilité, en vue d’identifier les lacunes à combler.	○●●	
3. Examen régulier et, si nécessaire, adaptation des outils de pilotage de manière à mettre en place un système de santé conforme aux besoins.	○●●	
4. Encouragement de l’activité des généralistes.	○●●	
A2 Encouragement des soins intégrés		
Les soins doivent être intégrés à tous les niveaux.	●●●	
1. Renforcement de la collaboration entre tous les acteurs de la chaîne de prise en charge, l’accent étant mis sur le rapprochement entre les soins aigus somatiques et la psychiatrie ainsi qu’entre le secteur médical et le secteur (psycho) social, en particulier dans le contexte de l’aide en cas d’addiction et du soutien à d’autres groupes vulnérables.	○●●	
2. Soutien des offres à bas seuil, spécialement psychosociales, afin de permettre en particulier l’accès rapide aux prestations et à la couverture en soins des groupes vulnérables.	○●●	
3. Amélioration de la prise en charge en fin de vie, entre autres par un élargissement de l’éventail des soins palliatifs spécialisés en EMS, l’objectif étant d’assurer un mieux-être des personnes concernées.	●●●	
A3 Elaboration d’un modèle de soins intégrés interétablissements		
1. Vérification, adaptation et actualisation à intervalles réguliers de la planification des soins hospitaliers de manière à tenir compte de toute la chaîne de prise en charge ; une telle démarche implique par exemple de passer en revue l’affectation des prestations aux différents niveaux – régional, suprarégional et cantonal – et de contrôler les paramètres appliqués dans la planification des EMS.	●●●	
2. Examen et, le cas échéant, adaptation de l’obligation de prise en charge ainsi que du financement résiduel et complémentaire (hôpitaux, services d’aide et de soins à domicile, EMS).	○●●	
A4 Développement de la promotion de la santé et de la prévention		
1. Renforcement des activités dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention, en particulier celles à l’intention des groupes vulnérables, de manière à augmenter la compétence de la population en matière de santé et de maintenir les coûts à un niveau aussi bas que possible.	●●●	
2. Examen de l’efficacité des actions menées jusqu’à présent et, selon le cas, développement de celles-ci.	●●●	
4. Développement des soins et de l’assistance prodigués dans les structures intermédiaires (à mi-chemin entre hospitalier et ambulatoire, p.ex. structures de jour ou de nuit et logements protégés) et des prestations psychosociales (destinées en particulier aux personnes dépendantes), mise en œuvre du projet <i>Suivi post-hospitalier</i> et des essais pilotes <i>Equipes mobiles en soins palliatifs (EMSP)</i> et <i>traitements psychiatriques aigus à domicile</i> , meilleure définition des prestations de réadaptation gériatrique et de leur rémunération dans le cadre du projet de financement des soins résidentiels.	○●●	
5. Simplification des processus et du parcours de la patientèle dans l’intérêt de cette dernière.	○●●	
6. Encouragement par le canton des contacts et des échanges réguliers avec les différents fournisseurs de prestations et les diverses catégories professionnelles.	○●●	

PILOTAGE DU SYSTÈME DE SANTÉ

B | Le canton de Berne met rapidement en œuvre les solutions novatrices tant efficaces que durables. Qu’elles soient d’ordre médical, technique ou méthodologique, les innovations qui s’avèrent probantes à l’issue de leur examen sont introduites sans tarder. Les synergies entre le site médical bernois et les autres acteurs du système de santé sont par ailleurs encouragées et mises à profit.

Mesures		
B1 Encouragement de l’innovation		
1. Encouragement ciblé de la collaboration et des échanges entre les différents acteurs, à savoir entre les fournisseurs de prestations, le domaine de l’apprentissage et de la recherche ainsi que le secteur social et l’économie, de façon à promouvoir l’innovation et à la mettre en pratique.	●●●	
2. Intensification des échanges entre les bénéficiaires et les fournisseurs de prestations.	○●●	
3. Développement des synergies avec le programme <i>Promotion des start-up du canton de Berne</i> .	○●●	
B2 Promotion de la santé numérique		
1. Mise en œuvre de projets destinés à généraliser la numérisation, la cybersanté et tout particulièrement le DEP dans le respect des règles en matière de protection des données.	●●●	
2. Examen de l’utilité éventuelle de services de conseil pour la population.	○●●	
3. Encouragement du recours à l’intelligence artificielle et à la télémédecine.	●●●	
B3 Examen, consolidation et introduction de modèles de soins d’avenir		
1. Lancement, sur la base du nouvel article de loi y relatif, de projets pilotes destinés à promouvoir par exemple les soins intégrés, de nouvelles formes de collaboration ou de nouvelles modalités de financement, et analyse des enseignements tirés en vue de développer le système de santé.	○●●	
2. Intégration dans les structures ordinaires des projets ayant fait leurs preuves.	○●●	

Niveau de priorité

● élevé

●

○ moyen

●

○ faible

○

AUTORITÉS

C | Les autorités du canton de Berne font rimer efficience et transparence. Elles adaptent leur organisation et leurs processus à leur mandat et attribuent tâches, responsabilités et compétences de manière pertinente en veillant à la cohérence organisationnelle de chaque secteur d'activité. Elles apportent un soutien efficace et approprié au système de santé tout en assurant la transparence requise. Les données encore lacunaires, en particulier dans le secteur ambulatoire, sont complétées de sorte que les décisions puissent être prises en toute connaissance de cause.

Mesures	
C1 Examen régulier des tâches des autorités	
1. Analyse périodique des activités des autorités, et en particulier de leur capacité à répondre à l'évolution de la situation et aux nouveaux défis.	● ● ●
C2 Organisation efficace du domaine de compétences des autorités	
1. Analyse périodique des ressources, des processus et des structures des autorités, de leurs recoupements, des exigences auxquelles elles doivent satisfaire ainsi que de leurs modalités de collaboration, entre elles et avec les fournisseurs de prestations, de manière à simplifier et à alléger les processus, à créer des effets de synergie, à éviter les redondances et, partant, à assurer aux fournisseurs un cadre administratif soutenant, collaborant et en constante amélioration.	○ ● ● ●
C3 Optimisation des données	
1. Identification des bases décisionnelles lacunaires d'ordre financier, statistique ou qualitatif.	● ● ●
2. Amélioration des bases décisionnelles, l'accent étant mis avant tout sur l'accessibilité des données existantes et sur l'échange entre autorités et assureurs. Si opportun et nécessaire, relevé de données supplémentaires dans des proportions appropriées, notamment dans les services ambulatoires en milieu hospitalier, les cabinets médicaux privés et les services de sauvetage.	● ● ● ●
C4 Garantie de la transparence	
1. Analyse comparative des fournisseurs de prestations et surveillance sur la base de lignes directrices reconnues.	● ● ●
2. Publication des résultats de la surveillance, indicateurs qualité à l'appui, pour assurer la transparence et promouvoir l'émulation entre fournisseurs de prestations.	○ ○ ○ ●

FINANCEMENT

D | Le canton de Berne dispose du cadre nécessaire pour encourager le recours efficace aux moyens à disposition et s'efforce de modérer la croissance des coûts. Il utilise au mieux les moyens limités dont il dispose pour assurer la couverture en soins de la population, associant prestations efficaces et mesures incitatives judicieuses de manière à freiner la spirale des coûts. Il définit par ailleurs les conditions générales permettant d'allouer les ressources de manière efficace.

Mesures	
D1 Contrôle des systèmes de rémunération et des incidences financières	
1. Etude de l'efficience des systèmes de rémunération, une importance particulière étant accordée à leurs effets incitatifs (ajustement du volume des prestations, recours aux soins intégrés, etc.) ainsi qu'à leurs répercussions financières sur l'ensemble du système.	● ● ●
2. Vérification, dans le cadre de projets spécifiques, de la pertinence de nouveaux systèmes de rémunération – rétribution forfaitaire des traitements ambulatoires ou financement par tête par exemple –, et le cas échéant encouragement de ceux-ci.	● ● ●
3. Examen des répercussions de tous les projets législatifs et des nouveaux instruments de surveillance sur les fournisseurs de prestations (coûts, dépenses, effets).	● ● ●
4. Examen des contrats de prestations et du système de financement cantonal de manière à déterminer s'ils permettent de promouvoir les soins intégrés.	● ● ●
D2 Mise au point d'indicateurs	
1. Elaboration, à partir de sources fiables et si possible existantes, des données de référence faisant défaut, pour le financement des soins par exemple, de manière à assurer un pilotage fondé sur des indicateurs solides.	● ● ●
D3 Surveillance des fournisseurs de prestations et contrôle de leur performance	
1. Vérification de la conformité de l'ensemble des fournisseurs de prestations avec les exigences sanitaires, examen critique périodique de ces exigences et le cas échéant ajustement de celles-ci.	● ● ●
2. Contrôle de l'ensemble des fournisseurs sous contrat de prestations, l'examen portant sur le respect des exigences, l'offre à assurer et la qualité requise, mais aussi sur le volet financier; définition et actualisation des obligations à remplir en termes de gestion.	● ● ●
D4 Rayonnement hors des frontières du canton	
1. Renforcement du rayonnement national et international des hôpitaux universitaires, et par là même de leur positionnement dans la médecine hautement spécialisée ⁶⁶ ; augmentation du nombre de patientes et de patients non domiciliés dans le canton.	○ ○ ○ ●
D5 Frein à la spirale des coûts	
1. Examen des moyens permettant de ralentir la hausse des coûts et, sur cette base, mise en œuvre de mesures destinées notamment à intensifier le suivi post-hospitalier, à éviter les traitements inutiles, à limiter l'augmentation du volume des prestations et à renforcer la compétence de la population en matière de santé.	● ● ●
2. Enraiment des augmentations non justifiées des coûts lors de l'approbation des tarifs ⁶⁷ .	● ● ●

⁶⁶ Destinée à assurer la coordination de la concentration de la médecine hautement spécialisée dans l'intérêt d'une prise en charge médicale adaptée aux besoins, de haute qualité et économique, la Convention intercantonale du 14 mars 2008 relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) a donné lieu à la création d'un organe de décision chargé de la planification de la médecine hautement spécialisée (organe de décision MHS). Celui-ci est nommé par les membres de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et conseillé par un organe scientifique. Il détermine les domaines de la médecine hautement spécialisée qui nécessitent une concentration au niveau suisse et prend les décisions de planification et d'attribution. Les décisions d'attribution ont un caractère juridiquement contraignant à l'échelle fédérale.

⁶⁷ Le canton de Berne est investi de nombreuses tâches dans le secteur hospitalier: élaboration de la planification des soins, édicition de la liste des hôpitaux, exercice de la surveillance, approbation des conventions tarifaires ou fixation des barèmes lorsque les partenaires tarifaires ne parviennent pas à se mettre d'accord, cofinancement des prestations hospitalières et acquisition de prestations additionnelles, activités au titre de son statut d'actionnaire. Lui incombe également le versement de subsides dans le cadre de la réduction individuelle des primes de l'assurance obligatoire des soins. Si les tarifs hospitaliers sont bas, il voit sa charge financière diminuer, mais s'ils le sont trop, ses investissements risquent de perdre de leur valeur et, dans le pire des cas, la couverture en soins peut être mise en péril.

PERSONNEL

E | Les établissements de santé disposent d'effectifs suffisants et qualifiés auxquels ils proposent de bonnes conditions de travail. Une couverture en soins appropriée requiert un personnel en suffisance, bien formé et affecté à bon escient. Des conditions de travail attrayantes sont indispensables pour le recruter, le motiver et le fidéliser.

Mesures	
E1 Couverture des besoins futurs en personnel	E2 Encouragement du personnel de santé à développer ses compétences
1. Détermination des besoins futurs en personnel de santé, par région et domaine d'activité et, dans la mesure du possible, consolidation des données relevées en la matière au niveau national.	1. Développement professionnel du personnel, l'accent étant mis tant sur les aptitudes techniques que sur d'autres savoirs, comme la promotion de la compétence en matière de santé.
2. Mise au point d'instruments de pilotage favorisant une couverture équilibrée de ces besoins et permettant de déterminer s'il convient d'agir en priorité dans les domaines de la formation, du perfectionnement, de la fidélisation ou du retour à la pratique du métier, ou bien dans tous simultanément.	2. Valorisation sur toute la chaîne de prise en charge des nouveaux métiers et des nouveaux rôles professionnels en favorisant notamment la délégation à du personnel qualifié non médical d'un certain nombre de tâches soumises à autorisation.
3. Encouragement de bonnes conditions de travail permettant de concilier vie professionnelle et vie privée et de reprendre son activité après un temps d'arrêt.	3. Encouragement de la collaboration au sein du personnel de santé, mais aussi entre celui-ci et le personnel d'autres domaines (travail social p.ex.), de manière à promouvoir l'interdisciplinarité.
4. Assurance de la relève par une obligation de formation et de perfectionnement tenant notamment compte des mesures incitatives et du potentiel du marché.	
5. Encouragement et valorisation du bénévolat et, dans le même temps, des offres destinées à soutenir et à décharger les proches aidant-e-s.	
6. Mise en œuvre de technologies modernes allégeant la charge de travail du personnel.	

8.3 Faiblesses et menaces hors du champ d'influence direct du canton de Berne

Certains des risques évoqués dans l'analyse SWOT n'entrent pas dans le champ d'influence direct du canton de Berne. Dans les domaines relevant de la Confédération, celui-ci peut défendre ses intérêts par exemple en participant aux procédures de consultation et en collaborant activement au sein des conférences intercantoniales sectorielles ainsi que de la Conférence des gouvernements cantonaux. Il lui est également possible de fournir des informations aux parlementaires fédéraux en prévision des séances de commission et des sessions ainsi que d'organiser régulièrement des réunions entre le Conseil-exécutif et les député-e-s bernois-es au Conseil des Etats.

Lorsque les faiblesses et les menaces sont du ressort des fournisseurs de prestations et d'autres partenaires du système de santé, le canton peut les sensibiliser aux risques en question dans le cadre de rencontres.



9. Stratégies partielles

Les axes, objectifs et mesures définis dans le présent document produisent des effets variant selon le champ considéré. Leur mise en œuvre ne peut par conséquent pas être directement suivie d'effet et nécessite, une fois la stratégie globale approuvée par le Conseil-exécutif, l'élaboration de stratégies partielles pour chacun des domaines suivants :

- soins somatiques et psychiatriques, réadaptation (ambulatoires et résidentiels),
- soins de longue durée (ambulatoires et résidentiels),
- promotion de la santé et prévention,
- sauvetage,
- gestion intégrée des soins.

Les stratégies partielles viseront à spécifier, avec différents degrés de précision, les actions à entreprendre dans chacun de ces domaines. Leurs liens avec les plans et les mesures définis au niveau national seront clairement mis en évidence.

10. Annexe 1 | Abréviations

AA	Assurance-accidents
AI	Assurance-invalidité
AM	Assurance militaire
APN	<i>Advanced Practice Nurse</i> , infirmière/ infirmier de pratique avancée
AS	Assurance survivants
ASI	Association suisse des infirmières et infirmiers
ASMAC	Association suisse des médecins- assistants et chefs de clinique
ASSM	Académie suisse des sciences médicales
AV	Assurance vieillesse
AVS	Assurance vieillesse et survivants
B2B	<i>Business-to-Business</i> , applications interentreprises
B2C	<i>Business-to-Customer</i> , applications entreprises-patients/usagers
BEVNAT	Statistique du mouvement naturel de la population
BIHAM	Institut universitaire de médecine générale de Berne
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CFFP	Convention du 20 novembre 2014 sur les contributions des cantons aux hôpitaux relative au financement de la formation médicale postgrade et sur la compensation intercan- tonale des charges (convention sur le financement de la formation postgrade)
CHR	Centre hospitalier régional
CIMHS	Convention intercantonale du 14 mars 2008 relative à la médecine hautement spécialisée

ConstC	Constitution du canton de Berne du 6 juin 1993 (RSB 101.1)
Curaviva Berne	Section bernoise de l'association faitière des homes et des institutions sociales
DEP	Dossier électronique du patient
DRG	<i>Diagnostic Related Groups</i> , groupes de cas liés au diagnostic (rémuné- ration des prestations au moyen de forfaits par cas)
DSSI	Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration du canton de Berne (anciennement SAP, Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale; seule l'abréviation DSSI est utilisée dans le présent document)
EMS	Etablissement médico-social
EMSP	Equipes mobiles en soins palliatifs
EPT	Equivalent plein temps
ES	Ecole supérieure
FSA	Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie
HES	Haute école spécialisée
IMC	Indice de masse corporelle
ISPM	Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne
LAA	Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (RS 832.20)
LAI	Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (RS 831.20)
LAMal	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
LASoc	Loi du 11 juin 2011 sur l'aide sociale (RSB 860.1)

LEp	Loi fédérale du 28 septembre 2012 sur la lutte contre les maladies transmissibles à l'homme (loi sur les épidémies; RS 818.101)
LPASoc	Loi sur les programmes d'action sociale
LSH	Loi du 13 juin 2013 sur les soins hospitaliers (RSB 812.11)
LSP	Loi du 2 décembre 1984 sur la santé publique (RSB 811.01)
MHS	Médecine hautement spécialisée
MNT	Maladies non transmissibles
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OCP	Ordonnance fédérale du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le clas- sement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico- sociaux dans l'assurance-maladie (RS 832.104)
ODH	Office des hôpitaux du canton de Berne
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OLAF	Ordonnance du 3 juillet 2013 sur la limitation de l'admission des four- nisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (RS 832.103)
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPAH	Office des personnes âgées et des personnes handicapées du canton de Berne

OPHC	Office du pharmacien cantonal du canton de Berne
OrTra	Organisations du monde du travail
OPAS	Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les presta- tions de l'assurance des soins; RS 832.112.31)
PC	Prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité
PIB	Produit intérieur brut
PPI-BE	Plan de pandémie Influenza du canton de Berne
SA	Société anonyme
SAT	Soins aigus et de transition
SMCB	Société des médecins du canton de Berne
SPR	Service psychiatrique régional
SPU	Services psychiatriques universitaires de Berne
STATENT	Statistique structurelle des entreprises
STATPOP	Statistique de la population et des ménages
SWOT	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats</i> (analyse des forces, des faiblesses, des opportunités et des menaces)
TARMED	Structure tarifaire à la prestation
VPSB	Association des cliniques privées du canton de Berne

11. Annexe 2 | Glossaire

Aigu	Qui survient soudainement et/ou évolue rapidement et violemment. A la différence des maladies chroniques, les maladies aiguës se caractérisent par un début plus ou moins clairement identifiable, une survenance et une évolution brusques ainsi que, dans la majeure partie des cas, une durée limitée (trois à quatorze jours en règle générale). Souvent qualifiées de suraiguës en présence de manifestations particulièrement soudaines et brutales, elles sont considérées comme subaiguës si les symptômes sont de moindre intensité et se prolongent dans le temps. La notion d’aigu s’applique aussi bien à la maladie qu’aux mesures prises pour y remédier, d’où les termes de traitement aigu, soins aigus, etc.
Ambulatoire	En vertu de l’article 5 de l’ordonnance fédérale du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l’assurance-maladie (OCP)⁶⁸, sont réputés traitements ambulatoires au sens de l’article 49, alinéa 6 LAMal les traitements qui ne sont pas hospitaliers. Les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit sont également considérés comme des traitements ambulatoires. Il en va par exemple de même pour les visites chez les médecins et thérapeutes en cabinet ainsi que les consultations dans les services ambulatoires des hôpitaux.
Autofinancement	Voir <i>Out of pocket</i>.
Axes stratégiques (objectifs, mesures)	Grandes orientations concrétisant la vision et la mission en matière de santé et dont découlent des objectifs et des mesures tant quantitatifs que qualitatifs. Sont ainsi définis, pour chacun des domaines considérés, le cadre des actions à entreprendre ainsi que les perspectives de développement (selon la démographie, les résultats de la recherche, etc.).
BEJUNE	Abréviation signifiant Berne, Jura et Neuchâtel utilisée pour désigner la collaboration entre ces trois cantons et toujours placée après le nom de l’organisme concerné, par exemple Association pour le développement des soins palliatifs BEJUNE.
Chronique	Qui persiste dans le temps. Sont considérées chroniques les maladies se prolongeant en général au-delà de quatre semaines et se caractérisant souvent par une évolution lente. Il s’agit par exemple des maladies cardiovasculaires, des affections respiratoires et rhumatismales, du cancer et du diabète. Au niveau mondial, elles constituent l’une des principales causes de décès.

⁶⁸ RS 832.104

Compétence en matière de santé	Faculté de l’individu de prendre au quotidien les décisions ayant une influence positive sur sa santé, que ce soit à la maison, en société, au travail, dans le cadre du système de santé ou encore au niveau politique⁶⁹. Sont ainsi favorisées l’autodétermination et la liberté de choix dans ce domaine, l’aptitude à se procurer et à comprendre des informations d’ordre sanitaire ainsi que la responsabilisation face à sa propre santé.
Curatif	Propre à la guérison ou au traitement d’une maladie. A la différence de la médecine réadaptative ou préventive, la médecine curative a pour objet la guérison.
Cybersanté	Utilisation des technologies de l’information et de la communication à des fins d’organisation, de soutien et de mise en réseau de tous les processus et acteurs du système de santé (spécialistes, institutions et patientèle).
DRG	Groupes de cas liés au diagnostic (<i>Diagnostic Related Groups</i>). Dans le domaine des soins aigus somatiques et de la psychiatrie, le système de classification des prestations hospitalières DRG permet une indemnisation par forfait, sur la base des caractéristiques cliniques et démographiques, des diagnostics principaux et secondaires et des procédures opératoires.
Financement dual-fixe	Système de cofinancement, entre cantons et assureurs, des prestations hospitalières selon une clé de répartition fixe, la participation cantonale atteignant au moins 55 pour cent.
Hospitalier	En vertu de l’article 3 OCP, 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’article 49, alinéa 1 LAMal, 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.
Maladies non transmissibles (MNT)	Affections non contagieuses, parmi lesquelles figurent le diabète, les maladies cardiovasculaires et rhumatismales, le cancer, les affections chroniques des voies respiratoires, les addictions et les troubles psychiques.

⁶⁹ Kickbusch et al., *Navigating Health. The Role of Health Literacy*, 2005, p. 8

Mission	Charge ou mandat dont une institution et ses différentes composantes sont investies en vue de remplir une fonction donnée et, par extension, raison d’être de cette institution vis-à-vis de ses parties prenantes internes et externes (clientèle, personnel, partenaires, etc.).
Out of pocket	Prise en charge financière totale ou partielle des prestations de santé par la patientèle elle-même (autofinancement).
Palliatif	Qui atténue les symptômes d’une maladie sans pour autant agir sur sa cause. Désignant la prise en charge globale des personnes souffrant de maladies incurables, potentiellement mortelles ou chroniques évolutives pour lesquelles la guérison ne constitue plus un objectif primaire, les soins palliatifs visent à améliorer autant que possible la qualité de vie de la patiente ou du patient. Axés sur le soulagement de la douleur physique, mais aussi de la souffrance morale, ils revêtent selon le cas une dimension psychosociale, spirituelle et religieuse et englobent également l’accompagnement des proches.
Planification des soins pour le long séjour (planification des EMS)	Planification des besoins établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins dans le domaine du long séjour. Dans le secteur résidentiel, elle se traduit par la liste des EMS du canton de Berne arrêtée par le Conseil-exécutif. L’objectif poursuivi est que la répartition des places sur le territoire du canton corresponde à celle des personnes âgées de plus de 80 ans. Dans le secteur ambulatoire (aide et soins à domicile), la planification intervient au moyen de contrats de prestations.
Planification des soins selon la loi sur les soins hospitaliers (planification hospitalière)	Rapport servant d’instrument central de planification des soins dans le canton de Berne. Prévue par la LSH, la planification des soins détermine les besoins de la population au cours des années à venir dans les domaines suivants : soins aigus somatiques, réadaptation, psychiatrie (cliniques de jour et services ambulatoires inclus), sauvetage et professions de la santé non universitaires. La révision de la LAMal ayant induit en 2012 une nouvelle réglementation nettement plus restrictive, la version 2016 en vigueur porte en priorité sur la planification hospitalière, qui y est davantage développée, données détaillées à l’appui. Les multiples analyses et projections contenues dans la planification des soins servent de base aux listes des hôpitaux du canton.

Prestations complémentaires (PC) à l’assurance-vieillesse et survivants (AVS) et à l’assurance-invalidité (AI)	Aide accordée aux bénéficiaires de l’AI ou de l’AVS lorsque les rentes et le revenu ne couvrent pas les besoins vitaux. Les PC constituent un droit garanti par la loi ; elles ne font pas partie des prestations d’aide sociale. Les prestations complémentaires sont octroyées par les cantons. Elles relèvent de deux catégories : – prestation complémentaire annuelle, versée mensuellement, financée à 5/8^e par la Confédération et à 3/8^e par les cantons et dont le barème est différent selon que les personnes vivent à domicile ou en institution ; – remboursement des frais de maladie et d’invalidité (cofinancement des coûts imputables aux moyens auxiliaires et aux frais d’aide, de soins et d’assistance), à la charge des cantons.
Prestations d’intérêt général	Prestations fournies par les hôpitaux dont le financement n’est pas couvert par les tarifs forfaitaires convenus pour rémunérer les traitements hospitaliers. L’article 49, alinéa 3 LAMal n’en donne pas la liste exhaustive, mais évoque les deux exemples suivants : maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ainsi que recherche et formation universitaire. La contribution aux coûts diffère d’un canton à l’autre et la transparence en la matière est aujourd’hui insatisfaisante.
Prévention	Ensemble des actes visant à empêcher / limiter la survenance et la propagation de maladies et de comportements à risque et d’en limiter les impacts négatifs. Les mesures préventives, qui peuvent être primaires, secondaires ou tertiaires, se traduisent par des actions destinées à combattre les facteurs de risque et à encourager à préserver la santé. On distingue la prévention comportementale, qui vise à influencer directement sur l’attitude individuelle en matière de santé, de la prévention structurelle, qui agit sur le contexte en modulant le cadre dans lequel évoluent les individus.
Promotion de la santé	Ensemble des moyens destinés à permettre aux individus de mieux maîtriser leur santé et à leur fournir davantage de moyens pour l’améliorer⁷⁰. Axée sur le renforcement des ressources et du potentiel de santé de l’individu, la promotion de la santé revêt de multiples facettes et se traduit par exemple par des mesures visant à adopter un mode de vie plus sain.
Psychiatrique	Qui se rapporte aux troubles psychiques.
Psychique	Qui se rapporte à la vie mentale, en d’autres termes à l’ensemble des phénomènes relevant de l’esprit.

⁷⁰ Bureau régional de l’Organisation mondiale de la santé (OMS) pour l’Europe, Charte d’Ottawa pour la promotion de la santé, 1986, voir www.euro.who.int > Publications > Documents politiques > Charte d’Ottawa pour la promotion de la santé, 1986

Psychosocial	Qui se rapporte à la vie mentale de l'individu en corrélation avec la collectivité. Parallèlement aux différents facteurs de risque classiques que sont le tabagisme, le manque d'exercice physique, l'hypertension, la surcharge pondérale et les déséquilibres alimentaires, les problèmes d'ordre psychosocial sont de plus en plus source de maladies chroniques, d'où l'importance croissante de la promotion de la santé, notamment en entreprise. Assurée en règle générale par du personnel non médical, l'assistance psychosociale consiste en des prestations professionnelles de consultation axées sur l'accompagnement de la personne, l'accent étant mis sur la mobilisation des ressources personnelles, la prévention et l'évolution favorable du parcours de vie.
Qualité	Ensemble des caractères et des propriétés du système de santé au regard de ce qui en est attendu. Difficilement mesurable de manière globale, la qualité est ici considérée du point de vue des structures, des processus, des résultats et de l'indication. La qualité des structures se réfère par exemple aux locaux, aux équipements et aux ressources en personnel. Celle relative aux processus concerne entre autres la manière dont s'organisent les traitements et les soins ou encore le respect de directives médicales, de critères professionnels, de normes, etc. Celle portant sur les résultats a trait à l'évolution de l'état de santé suite à un traitement, aux effets de ce dernier et aux éventuelles complications survenues, mais aussi à la satisfaction de la patientèle. Quant à la qualité de l'indication, elle permet de déterminer au cas par cas l'adéquation entre un protocole de traitement et un tableau clinique ou d'évaluer le rapport risque-bénéfice d'une thérapie.
Rôle	Fonction ou attribution assignée à un membre du personnel. Les professions du secteur sanitaire sont en pleine mutation, d'où une redéfinition des rôles. Est avant tout concerné le personnel soignant, qui se voit confier au quotidien de nouvelles tâches. Certaines d'entre elles, de nature clairement médicale, sont par exemple déléguées à des soignantes et soignants hautement qualifiés, permettant ainsi de pallier en partie la pénurie de médecins. Le rôle des uns et des autres s'en trouve redéfini. Il est question dans ce contexte de nouveaux rôles professionnels.

Soins intégrés	Approche axée sur l'interconnexion et la mise en réseau, par-delà les secteurs de soins, des différents fournisseurs de prestations, de manière à assurer une prise en charge globale de la patientèle.
Somatique	Qui se rapporte au corps, est purement organique. S'oppose à psychiatrique.
TARMED	Structure tarifaire à la prestation servant au décompte des prestations médicales ambulatoires dans les cabinets médicaux et les hôpitaux.
Télémédecine	Forme de pratique médicale à distance ou différée utilisant les technologies de l'information pour fournir des prestations diagnostiques et thérapeutiques.
Vision	Conception globale d'une situation future à un horizon donné. La vision s'envisage sur le long terme (huit ans environ) et guide la gestion du changement souhaité en assurant la fiabilité, la continuité et la stabilité des actions entreprises.

12. Annexe 3 | Mode de financement et système de rémunération

Fournisseur de prestations	Mode de financement	Source de financement	Part du canton de Berne (2016)	Part du canton de Berne (2017)	Part du canton de Berne (2018)	Part du canton de Berne (2019)	Système de rémunération
Addiction: centre de substitution	Primes d'assurances privées, autofinancement	AOS, patiente ou patient	Traitement avec prescription d'héroïne : CHF 0,4 mio (après compensation des charges)	–	–	–	Tarifs forfaitaires (selon les conventions spécifiques conclues avec les assureurs-maladie) et TARMED
Addiction: centre de traitement	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, part cantonale	AOS, assureur privé, patiente ou patient, canton	55% des coûts (inclus dans le total indiqué pour les cliniques psychiatriques)	55% des coûts (inclus dans le total indiqué pour les cliniques psychiatriques)	55% des coûts (inclus dans le total indiqué pour les cliniques psychiatriques)	55% des coûts (inclus dans le total indiqué pour les cliniques psychiatriques)	Forfaits journaliers
Addiction: structure d'aide ambulatoire (conseil, thérapie et réduction des risques)	Subventions (à titre subsidiaire, selon la LASoc)	Canton, tiers, institution (recettes, dons)	CHF 11,9 mio (après compensation des charges) ; contributions du Fonds de lutte contre la toxicomanie incluses (à 100% à la charge du canton, non admises à la compensation des charges)	CHF 11,9 mio (après compensation des charges) ; contributions du Fonds de lutte contre la toxicomanie incluses (à 100% à la charge du canton, non admises à la compensation des charges)	CHF 11,8 mio (après compensation des charges) ; contributions du Fonds de lutte contre la toxicomanie incluses (à 100% à la charge du canton, non admises à la compensation des charges)	CHF 11,9 mio (après compensation des charges) ; contributions du Fonds de lutte contre la toxicomanie incluses (à 100% à la charge du canton, non admises à la compensation des charges)	Contrats de prestations avec enveloppe budgétaire (par produit)
Addiction: structure d'aide résidentielle	Subventions cantonales et contributions par sujet (frais de pension) via l'aide sociale individuelle, l'AI ou les PC, primes d'assurances sociales	Canton, communes, PC AVS / AI, institution (recettes, dons)	CHF 7,8 mio (après compensation des charges) – env. 50% à la compensation des charges	CHF 7,3 mio (après compensation des charges) – env. 50% à la compensation des charges	CHF 7,4 mio (après compensation des charges) – env. 50% à la compensation des charges	CHF 7,4 mio (après compensation des charges) – env. 50% à la compensation des charges	Contrats de prestations couvrant les coûts complets par journée de traitement : financement direct sur la base de tarifs et de contingents ; financement indirect pour l'hébergement des sans-abri (coûts admis à la compensation des charges)
Chiropratique	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient	–	–	–	–	Tarif pour les prestations en chiropratique
Dentiste	En règle générale : autofinancement ou primes d'assurances privées. Exceptionnellement : primes d'assurances sociales	En règle générale : patiente ou patient et assureur privé. Exceptionnellement : AOS, AA, AI, AM	–	–	–	–	Tarif à la prestation (tarif dentaire de la SSO)
Dialyse: centre ambulatoire	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient	–	–	–	–	Tarif spécifique convenu avec la FSA (forfaits)
Handicap: foyer d'hébergement	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, part cantonale	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, pensionnaire, canton	CHF 19,3 mio (uniquement pour les foyers figurant sur la liste des EMS / hors financement des soins)	CHF 18,2 mio (uniquement pour les foyers figurant sur la liste des EMS / hors financement des soins)	CHF 21,9 mio (uniquement pour les foyers figurant sur la liste des EMS / hors financement des soins)	CHF 22,5 mio (uniquement pour les foyers figurant sur la liste des EMS / hors financement des soins)	Couverture des coûts résiduels dus au handicap
Hôpital: établissement de soins aigus somatiques (service résidentiel)	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, part cantonale	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient, canton	55% des coûts : CHF 908 mio	55% des coûts : CHF 870 mio	55% des coûts : CHF 869 mio (sans Axsana, contribution Fondation Sécurité des patients Suisse, service de médiation et Promotion allaitement maternel Suisse)	55% des coûts : CHF 874 mio (sans Axsana, Fondation Sécurité des patients Suisse, service de médiation)	Système SwissDRG
Hôpital: établissement de soins aigus somatiques (service ambulatoire)	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient	–	–	–	–	Tarif à la prestation selon TARMED, liste des spécialités et liste des moyens et appareils
Logement protégé	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, canton	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, canton	Financement résiduel : CHF 4,9 mio	Financement résiduel : CHF 5,5 mio	Financement résiduel : CHF 4,7 mio	Financement résiduel : CHF 4,8 mio	Tarifs des prestations uniformes par catégorie de structure d'aide et de soins à domicile (privée, publique, infirmières ou infirmiers indépendants, prestations en appartement protégé) Coûts normatifs fixés par le canton
Maison de convalescence	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, part cantonale	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient, canton	55% des coûts (inclus dans le total indiqué pour les EMS) SAT : CHF 0,2 mio pour 2051 journées de soins	55% des coûts (inclus dans le total indiqué pour les EMS) SAT : CHF 0,1 mio	55% des coûts (inclus dans le total indiqué pour les EMS) SAT : CHF 0,1 mio	55% des coûts (inclus dans le total indiqué pour les EMS) SAT : CHF 0,1 mio	Coûts normatifs fixés par le canton (selon le degré de soins)

Fournisseur de prestations	Mode de financement	Source de financement	Part du canton de Berne (2016)	Part du canton de Berne (2017)	Part du canton de Berne (2018)	Part du canton de Berne (2019)	Système de rémunération
Maison de naissance	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, part cantonale	AOS, assureur privé, patiente ou patient, canton	55% des coûts : CHF 0,5 mio (uniquement pour la maison de naissance Luna)	55% des coûts : CHF 0,9 mio (depuis 2017 pour la maison de naissance Luna et la Maternité Alpine)	55% des coûts : CHF 1,5 mio (depuis 2017 pour la maison de naissance Luna et la Maternité Alpine)	55% des coûts : CHF 1,5 mio (depuis 2017 pour la maison de naissance Luna et la Maternité Alpine)	Système SwissDRG
Médecin en cabinet privé	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient	–	–	–	–	Tarif à la prestation selon TARMED, liste des spécialités et liste des moyens et appareils
Pharmacie	Primes d'assurances privées, primes d'assurances sociales, autofinancement	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient	–	–	–	–	Tarif à la prestation (plafond selon liste des spécialités et liste des moyens et appareils)
Promotion de la santé : service de promotion de la santé et de prévention	AOS (supplément de prime), subventions (à titre subsidiaire, selon la LASoc), primes d'assurances privées, fonds de tiers, autofinancement	Canton, AOS (supplément de prime), assureur privé, tiers (Promotion Santé Suisse), institution (recettes), donateurs, clientèle	CHF 5,5 mio (après compensation des charges) ; contributions du Fonds de lutte contre la toxicomanie incluses (à 100% à la charge du canton, non admises à la compensation des charges)	CHF 5,5 mio (après compensation des charges) ; contributions du Fonds de lutte contre la toxicomanie incluses (à 100% à la charge du canton, non admises à la compensation des charges)	CHF 4,8 mio (après compensation des charges) ; contributions du Fonds de lutte contre la toxicomanie incluses (à 100% à la charge du canton, non admises à la compensation des charges)	CHF 4,6 mio (après compensation des charges) ; contributions du Fonds de lutte contre la toxicomanie incluses (à 100% à la charge du canton, non admises à la compensation des charges)	Contrats de prestations avec enveloppe budgétaire (par produit), subventions d'exploitation
Psychiatrie : clinique (service résidentiel)	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, part cantonale	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient, canton	55% des coûts : CHF 111 mio	55% des coûts : CHF 121 mio	55% des coûts : CHF 124,7 mio	55% des coûts : CHF 111,4 mio	TARPSY (depuis 2018)
Psychiatrie : clinique de jour	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, part cantonale	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient, canton	CHF 20 mio	CHF 19 mio	CHF 17,5 mio (contrat-cadre 2019)	CHF 19,2 mio (contrat-cadre 2019)	Forfaits journaliers, part cantonale : modèle des coûts normatifs du canton (depuis 2017)
Psychiatrie : service ambulatoire	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, part cantonale	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient, canton	CHF 25 mio	CHF 14,4 mio	CHF 19,7 mio (crédit-cadre pour prestations d'intérêt général 2018)	CHF 14,7 mio (y compris projet pilote traitements psychiatriques aigus à domicile et crédit-cadre 2019)	Tarif à la prestation selon TARMED et la liste des spécialités, modèle des coûts normatifs du canton
Psychothérapeute	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient	–	–	–	–	Tarif à la prestation selon TARMED
Réadaptation : clinique	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, part cantonale	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient, canton	55% des coûts : CHF 63 mio	55% des coûts : CHF 67 mio	55% des coûts : CHF 67,5 mio (incl. innovations médicales)	55% des coûts : CHF 67,2 mio	Forfaits journaliers
Réadaptation : service ambulatoire	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient	–	–	–	–	Tarif à la prestation (structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie et d'ergothérapie)
Sage-femme et homme sage-femme	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement	AOS, assureur privé, patiente ou patient	–	–	–	–	Tarif spécifique
Sauvetage : centrale d'appels sanitaires urgents	Part cantonale	Canton	CHF 7 mio	CHF 7 mio	CHF 6,3 mio (Sano, Police cantonale bernoise, alarme du canton de Soleure)	CHF 6,4 mio (Sano, Police cantonale bernoise, alarme du canton de Soleure)	Contrat de prestations
Sauvetage : service de sauvetage	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, part cantonale	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient, canton	Prestations de base fixes : CHF 22 mio	Prestations de base fixes : CHF 18 mio	Prestations de base fixes : CHF 11,5 mio (somme acomptes)	Prestations de base fixes : CHF 14,8 mio (somme acomptes)	Forfaits selon les conventions avec les assureurs, modèle des coûts normatifs du canton

Fournisseur de prestations	Mode de financement	Source de financement	Part du canton de Berne (2016)	Part du canton de Berne (2017)	Part du canton de Berne (2018)	Part du canton de Berne (2019)	Système de rémunération
Soins : infirmière ou infirmier indépendant	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, part cantonale	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient, canton	Financement résiduel du canton : CHF 5 mio	Financement résiduel du canton : CHF 5 mio	Financement résiduel du canton : CHF 5,5 mio	Financement résiduel du canton : CHF 5,7 mio	Tarifs des prestations uniformes par catégorie de structure d'aide et de soins à domicile (privée, publique, infirmières ou infirmiers indépendants, prestations en appartement protégé) Coûts normatifs fixés par le canton
Soins : service d'aide et de soins à domicile	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, canton	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient, canton	Financement résiduel : CHF 110,4 mio (sans logements protégés)	Financement résiduel : CHF 116,7 mio (sans logements protégés)	Financement résiduel : CHF 102,2 mio (sans logements protégés)	Financement résiduel : CHF 94,9 mio (sans logements protégés)	Contrats de prestations uniformes par catégorie (services privés, services d'utilité publique, infirmières et infirmiers indépendants, logements protégés)
Soins : structure de soins palliatifs	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement ; subventions de projet du canton	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient, canton	Subventions de projet du canton : CHF 0,2 mio pour le projet BEJUNE	Subventions de projet du canton : CHF 0,2 mio pour le projet BEJUNE	Subventions de projet du canton : CHF 0,2 mio pour le projet BEJUNE	CHF 0,5 mio pour le projet BEJUNE et l'essai pilote EMSP	Contrats de prestations
Thérapeute (naturopathe, p. ex.)	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient	–	–	–	–	Tarifs à la prestation
Troisième âge : établissement médico-social (EMS)	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, part cantonale	AOS, assureur privé, pensionnaire, canton	CHF 198,6 mio	CHF 205 mio	CHF 223,3 mio	CHF 235,8 mio	Coûts normatifs fixés par le canton (selon le degré de soins)
Troisième âge : foyer de jour	Autofinancement, part cantonale	Canton, clientèle	CHF 3,9 mio	CHF 3,9 mio	CHF 3,7 mio	CHF 3,8 mio	Forfaits journaliers : CHF 80 par journée de soins jusqu'en 2017, CHF 75 à partir de 2018

Direction de la santé,
des affaires sociales
et de l'intégration
du canton de Berne
Secrétariat général

Rathausgasse 1
Case postale
3000 Berne 8
+41 31 633 79 20
info.gs.gsi@be.ch

www.be.ch/dssi