

Rapport

Date de la séance du CE: 14 décembre 2016

Direction : Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale

N° d'affaire : 2014.GEF.10709

Classification : Non classifié

Approbation de la planification des soins 2016 selon la loi sur les soins hospitaliers

Table des matières

1	Synthèse	3
2	Bases légales	3
3	Description de l'affaire	4
3.1	Rappel	4
3.1.1	Alignement sur la LAMal révisée	4
3.1.2	Portée et limites de la planification des soins	5
3.1.3	Période de planification 2017-2020	7
3.1.4	Déclarations de planification relatives à la période 2011-2014	7
3.2	Caractéristiques du projet	8
3.2.1	Objet et structure de la planification des soins 2016	8
3.2.2	Généralités	9
3.2.3	Objectifs	10
3.2.4	Soins aigus somatiques	11
3.2.5	Réadaptation	12
3.2.6	Psychiatrie	12
3.2.7	Sauvetage	13
3.2.8	Professions de la santé non universitaires	13
3.2.9	Mise en œuvre de la planification des soins 2016	14
3.2.10	Modifications par rapport à la planification 2011-2014	15
3.3	Calendrier, modalités, organisation, compétences	16
4	Place du projet dans le programme gouvernemental de législation et dans d'autres planifications importantes	17
4.1	Programme gouvernemental de législation	17



4.2	Plan intégré « mission-financement »	18
4.3	Plan directeur cantonal	19
4.4	Autres rapports de planification de la SAP	20
5	Répercussions financières, répercussions sur l'organisation, le personnel, l'informatique et les locaux.....	21
5.1	Conséquences pour le canton en matière de finances, d'organisation et de personnel	21
5.2	Impact sur l'économie	21
6	Répercussions sur les communes	22
7	Répercussions sur l'économie, l'environnement et la société.....	22
7.1	Durabilité	22
7.2	Effets sur les collectivités régionales.....	23
8	Résultats de la procédure de consultation / de la consultation	24
8.1	Impression générale	24
8.2	Critiques par domaine de soins.....	25
8.2.1	Soins aigus somatiques	25
8.2.2	Réadaptation	26
8.2.3	Psychiatrie	27
8.2.4	Sauvetage	28
8.2.5	Professions de la santé non universitaires	29
8.3	Autres propositions concernant la mise en œuvre	30
8.3.1	Développement des classifications GPPH	30
8.3.2	Monitoring et publication transparente des principaux indicateurs	30
8.3.3	Planification des soins 2020	30
8.4	Principales modifications apportées suite à la consultation.....	31
8.4.1	Pas de refonte totale.....	31
8.4.2	Bilinguisme	31
8.4.3	Nombreux changements mineurs	31
8.5	Prochaines étapes	31
9	Proposition.....	31

1 Synthèse

Conformément à l'article 7 de la loi sur les soins hospitaliers, le Conseil-exécutif approuve en principe une planification des soins tous les quatre ans. Le moment est donc venu pour lui d'adopter la *Planification des soins 2016 selon la loi sur les soins hospitaliers*, qui prend le relais de celle portant sur la période 2011-2014, prolongée le 2 juillet 2014¹. En présentant cette planification, la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP) s'acquitte du mandat que le gouvernement lui a confié le 22 avril 2015. Une fois approuvé par ce dernier, le projet sera porté à la connaissance du Grand Conseil.

La planification des soins 2016 couvre les mêmes domaines que les deux précédentes, à savoir la planification hospitalière pour les soins aigus somatiques, la réadaptation et la psychiatrie, les soins psychiatriques ambulatoires (cliniques de jour et services ambulatoires), le sauvetage ainsi que les professions de la santé non universitaires. Elle porte toutefois prioritairement sur la planification hospitalière. C'est la conséquence de la modification des conditions générales intervenue en 2012 suite à la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Comme celle-ci a débouché sur une réglementation nettement plus restrictive, les chapitres concernant les prestations hospitalières sont plus développés et détaillés. Le rapport 2016 présente les résultats de la planification et renseigne également en détail sur les données prises en compte et les méthodes statistiques employées.

Le projet ne contient aucune décision concernant l'attribution des mandats de prestations figurant sur les listes des hôpitaux du canton de Berne. Il met essentiellement en lumière les besoins de la population bernoise en matière de soins. Lesdites décisions s'appuient sur les analyses détaillées établies à ce sujet ainsi que sur les critères et les principes de planification régissant la sélection des hôpitaux répertoriés.

L'objectif général de la planification des soins 2016 se fonde sur la Constitution cantonale et sur le programme gouvernemental de législature 2015-2018 : « Le canton de Berne veille à ce que la couverture en soins soit à la fois économique et suffisante, en mettant notamment sur pied l'infrastructure requise. » Déjà inscrit dans la planification des soins 2011-2014, cet objectif reste inchangé durant la nouvelle période de planification.

C'est sur la base de la planification des soins approuvée par le Conseil-exécutif et portée à la connaissance du Grand Conseil que le gouvernement promulgue les listes des hôpitaux, qui découlent de la procédure de sélection décrite dans le projet ainsi que des prévisions concernant les besoins de chaque domaine de soins. Quant aux mesures définies dans les différents champs d'action, elles sont mises en œuvre par la SAP.

2 Bases légales

- Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10)
- Ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102)
- Constitution du canton de Berne du 6 juin 1993 (ConstC ; RSB 101.1)
- Loi du 2 décembre 1984 sur la santé publique (LSP ; RSB 811.01)

1 Voir ACE 897/2014.

- Loi du 13 juin 2013 sur les soins hospitaliers (LSH ; RSB 812.11)
- Ordonnance du 23 octobre 2014 sur les soins hospitaliers (OSH ; RSB 812.112)

3 Description de l'affaire

3.1 Rappel

3.1.1 Alignement sur la LAMal révisée

La révision 2007 de la LAMal, entrée en vigueur en 2012, s'est traduite par plusieurs modifications méthodologiques dans la planification.

- **Egalité de traitement entre hôpitaux répertoriés et pleine participation des cantons à leur financement (financement dual fixe) :** la planification et sa mise en œuvre ne font aucune différence entre hôpitaux et maisons de naissance publics et privés. Tous les établissements bénéficiant d'au moins un mandat de prestations sur les listes du canton de Berne doivent satisfaire l'ensemble des exigences.
- **Libre choix de l'hôpital :** la planification prend en considération les flux de patients entre les cantons et permet de renforcer la coordination avec les cantons voisins. Les listes des hôpitaux établies sur la base de la planification englobent l'offre extracantonale nécessaire à la couverture en soins de la population bernoise.
- **Médecine hautement spécialisée :** la planification tient compte de la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS). Les listes cantonales des hôpitaux s'appliquent subsidiairement à la liste des hôpitaux MHS.
- **Critères de planification uniformes de la Confédération :** la planification des soins 2016 met en œuvre les critères suivants inscrits dans l'OAMal : prévision des besoins reposant sur la démographie cantonale, planification liée aux prestations, démarche vérifiable se fondant sur des données et comparaisons statistiques et coordination intercantonale. La sélection de l'offre devant figurer sur les listes des hôpitaux prend en compte la qualité, l'économicité et l'accessibilité des prestations ainsi que la disponibilité et la capacité des fournisseurs à remplir le mandat de prestations.
- **Introduction dans toute la Suisse de systèmes de tarification uniformes des prestations hospitalières (notamment SwissDRG) et nouvelle définition des coûts imputables :** dans la planification hospitalière, la comparaison des coûts imputables selon la LAMal entre hôpitaux donne lieu à un examen de l'économicité. Celle-ci est évaluée en particulier au moyen de comparaisons des coûts par cas pondérés selon le degré de gravité dans le domaine des soins aigus somatiques, et au moyen de comparaisons des coûts des journées de séjour dans les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation.
- **Financement des investissements par les forfaits SwissDRG (rémunération des coûts complets) :** la planification des soins ne mentionne plus séparément les investissements, ou plus précisément les besoins d'investissements, car ceux-ci, selon la LAMal, relèvent depuis 2012 de la responsabilité opérationnelle des hôpitaux et sont financés par les forfaits par cas.

En résumé, la révision de la LAMal porte principalement sur les soins hospitaliers. Depuis le 1^{er} janvier 2012, les patientes et patients bernois ont le choix, pour se faire soigner, entre tous les hôpitaux figurant sur les listes de leur canton de résidence ou sur celles des autres cantons (hôpitaux répertoriés). Le canton de résidence prend désormais à sa charge au moins 55 pour cent de la rémunération, et l'assureur-maladie la part restante, soit au maximum 45 pour cent. Lors de l'octroi de mandats de prestations aux hôpitaux, le canton doit tenir compte des critères d'attribution inscrits aux articles 58a ss OAMal, selon lesquels il doit répondre uniquement aux besoins de sa propre population à travers ses listes des hôpitaux (pas de surcapacité). Lors du choix de l'offre nécessaire à la couverture en soins, il vérifie notamment l'aptitude des établissements à remplir le mandat de prestations, l'accès des patientes et des patients au traitement dans un délai utile ainsi que le caractère économique et la qualité des prestations.

La révision de la loi cantonale sur les soins hospitaliers effectuée au cours de la période de planification 2011-2014 est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2014, tout comme celle de son ordonnance d'exécution (OSH). Elle a notamment renforcé l'obligation de fournir des données au canton (article 127 LSH). L'ordonnance a subi le 1^{er} décembre 2015 déjà une première modification partielle qui définit entre autres les critères d'octroi de mandats de prestations aux hôpitaux (article 11 OSH) afin de permettre au canton de remplir sa mission de régulation en vertu des bases juridiques révisées de la LAMal.

Depuis plusieurs années, les organes de collaboration intercantonale travaillent à une adaptation adéquate des planifications hospitalières cantonales à la LAMal révisée. La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a ainsi ajusté à la nouvelle donne les recommandations sur la planification hospitalière adressées aux services cantonaux compétents. Celle qui concerne l'application de la classification des groupes de prestations pour la planification hospitalière mise au point par le canton de Zurich joue un rôle important pour les soins aigus².

Pour garantir une mise en œuvre correcte et systématique de la LAMal révisée, le canton de Berne a fondé sa planification des soins 2016 à la fois sur les nouvelles bases juridiques de la LAMal et de la LSH et sur les recommandations de la CDS.

3.1.2 Portée et limites de la planification des soins

Comparée à la planification purement hospitalière d'autres cantons, qui est fondée sur la LAMal et porte sur les soins aigus, la réadaptation et la psychiatrie, celle du canton de Berne, qui repose sur la LSH, couvre un éventail de domaines beaucoup plus large. En effet, les secteurs de planification supplémentaires (cliniques de jour et services ambulatoires de la psychiatrie, sauvetage et professions de la santé non universitaires) ainsi que les projections en matière de coûts constituent une spécificité bernoise. Parmi les cantons suisses, Berne fait partie des pionniers de la planification hospitalière liée aux prestations³ et de la planification de la formation pratique dans les professions de la santé non universitaires.

2 Recommandation du comité directeur de la CDS du 27 janvier 2011.

3 Par opposition à la planification des lits, qui est liée aux capacités.

Dans le domaine de la planification hospitalière, qui entre donc dans le champ d'application de la LAMal, les hôpitaux sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins à condition qu'ils « correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers » (art. 39, al. 1, lit. d LAMal). L'alinéa 2 prévoit que le Conseil fédéral édicte des critères de planification uniformes. Cette disposition est concrétisée dans les articles 58a à 58e OAMal. Selon ces critères, la planification hospitalière cantonale doit définir les besoins en soins de la population, garantir la coordination intercantonale et indiquer les principes de l'établissement des listes des hôpitaux, et ce en prenant en compte la conformité aux besoins, l'accessibilité, la qualité et l'économicité des prestations. La marge de manœuvre laissée par la législation fédérale est donc très limitée.

Dans les domaines ne tombant pas sous le coup de la LAMal, comme le sauvetage, les professions de la santé, la gestion intégrée des soins et les soins psychiatriques ambulatoires, le canton reste libre quant à l'aménagement et à la mise en œuvre de sa planification.

L'influence que peut exercer la planification des soins découle de ces bases légales et exigences diverses.

- **Ce que la planification des soins permet :**

- **Une représentation des structures de prise en charge actuelles et de la couverture en prestations hospitalières :** la planification des soins fournit un état des lieux et définit des objectifs ainsi que les mesures nécessaires.
- **Une projection quantifiée des besoins et des coûts reposant sur des hypothèses :** la planification des soins recourt à des bases de données et à des méthodes statistiques éprouvées pour estimer les besoins futurs de la population bernoise ainsi que la contribution financière du canton qui en découle.
- **Une vision ouverte de l'ensemble du système de santé intégrant les interactions et les interfaces entre ses différents acteurs :** la planification des soins aborde expressément certaines problématiques liées à la prise en charge hospitalière qui, en raison des solutions transversales qu'elles requièrent, ont une importance particulière pour la population du canton (soins intégrés, soins gériatriques, soins palliatifs, etc.).

- **Ce que la planification des soins ne permet pas :**

- **Une planification globale du système de santé :** la planification des soins selon la LSH porte prioritairement sur la planification hospitalière, les soins psychiatriques ambulatoires dispensés par les cliniques de jour et les services ambulatoires, le sauvetage ainsi que les professions de la santé non universitaires. En revanche, elle n'englobe ni les soins ambulatoires dispensés par le corps médical et les thérapeutes, ni les soins de longue durée, ni la prévention, par exemple.
- **Une planification détaillée des structures hospitalières :** la planification des soins n'a pas pour mission de planifier les implantations et les infrastructures. Elle se focalise sur les besoins de la population bernoise en matière de soins. Cette

approche de la planification axée sur la population ne correspond pas forcément avec l'optique, entrepreneuriale celle-là, des établissements et fournisseurs de prestations.

- **Des instructions destinées à chaque établissement répertorié** : la planification ne peut s'aligner sur des considérations entrepreneuriales ; elle doit rester axée sur la garantie de la couverture en soins. Ainsi, les questions opérationnelles (choix des méthodes et des protocoles thérapeutiques, p. ex.) relèvent de la responsabilité des établissements.
- **Une différence de traitement entre fournisseurs de prestations publics et privés** : la planification des soins n'est pas un outil de la stratégie de propriétaire (qui concerne également les projets d'investissement des institutions publiques). En vertu du droit fédéral, elle doit réserver un traitement égal à tous les établissements répertoriés, qu'ils soient publics ou privés.
- **Une planification des prestations et un pilotage des tarifs qui ne relèvent pas de la LSH** : la planification des soins ne peut planifier des prestations qui n'entrent pas dans le champ d'application de la LSH. Il s'agit par exemple des prestations ambulatoires des hôpitaux et des cabinets médicaux (qui sont réglementées par d'autres mécanismes de la LAMal), des tarifs hospitaliers et ambulatoires (qui sont fixés entre partenaires ou à l'échelon national), de l'aide en cas de catastrophe (qui fait partie de la protection de la population) ou du volet scolaire de la formation professionnelle (qui est du ressort de la Direction de l'instruction publique).
- **Des plans détaillés de mise en œuvre pour tous les champs d'action** : la planification ne peut pas anticiper la mise en œuvre (les deux notions ne sont pas synonymes). Par conséquent, le Conseil-exécutif ne peut promulguer les listes des hôpitaux qu'une fois la planification des soins approuvée. De même, ce n'est qu'après l'adoption de cette dernière que les mesures découlant des divers champs d'action peuvent être définies.

3.1.3 Période de planification 2017-2020

C'est toujours la dernière planification des soins adoptée par le Conseil-exécutif qui fait foi. Autrement dit, la date de l'adoption est décisive pour sa validité et sa mise en œuvre. La planification couvre en règle générale une période de quatre ans (article 7 LSH : « La planification des soins est en principe révisée tous les quatre ans. »). Les stratégies et mesures qu'elle contient valent dès son approbation (et non à partir de l'année qui la suit). La période de planification du présent projet s'étend donc de 2017 à 2020.

3.1.4 Déclarations de planification relatives à la période 2011-2014

Les déclarations de planification formulées par le Grand Conseil au sujet de la planification des soins 2011-2014 ont été mises en œuvre comme suit dans la planification des soins 2016 :

- **Déclarations de planification 1 et 6 (modification du processus d'établissement des listes des hôpitaux)** : mise en œuvre dans la présente planification conformément aux principes de la LAMal.

- **Déclaration de planification 2 (autonomie des établissements et stratégie de propriétaire du canton) :** la déclaration de planification a été prise en compte dans la révision de la LSH de 2013, plus précisément dans la formulation des articles 25, 31, 33 et 38 LSH. La planification des soins selon la LAMal n'est pas un outil de la stratégie de propriétaire.
- **Déclaration de planification 3 (modèle des régions hospitalières) :** le modèle a été revu durant la période de planification 2011-2014. Les analyses effectuées en 2012 et 2013 n'indiquent aucun changement notable en ce qui concerne les flux de patients entre les régions du canton de Berne. Il n'y a pas eu de fusion de régions hospitalières.
- **Déclaration de planification 4 (accessibilité) :** les règles d'accessibilité ont été élargies durant la période de planification 2011-2014 et seront appliquées à l'ensemble du territoire cantonal dans la planification des soins 2016.
- **Déclaration de planification 5 (financement complémentaire) :** la rémunération des prestations hospitalières est réglementée dans la LAMal ; il n'y a par conséquent pas de financement complémentaire. Le canton de Berne peut en revanche acheter des prestations supplémentaires dans le domaine ambulatoire. Cela étant, il n'indemnise là aussi que les offres nécessaires à la couverture en soins qui ne sont pas financées par les tarifs de l'assurance-maladie. Dans ce contexte, tous les hôpitaux répertoriés sont traités sur un pied d'égalité. Les articles 67 à 69 de la LSH révisée entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2014 tiennent compte de cette exigence.
- **Déclaration de planification 7 (sauvetage) :** durant la période de planification 2011-2014, la mise en œuvre du ratio d'intervention 90/15 a été suspendue par manque de ressources humaines et financières. Elle nécessite non seulement l'introduction d'un délai d'intervention obligatoire, mais aussi une évaluation des structures existantes et des ressources nécessaires. La planification des soins 2016 renforce les bases indispensables à une telle évaluation.
- **Déclaration de planification 8 (commission consultative du Grand Conseil) :** la Commission de la santé et des affaires sociales (CSoc) a été mise en place et a reçu le mandat requis le 1^{er} juin 2014.

3.2 Caractéristiques du projet

3.2.1 Objet et structure de la planification des soins 2016

Le rapport *Planification des soins 2016 selon la loi sur les soins hospitaliers* constitue le fondement de la planification hospitalière du canton de Berne. Il s'articule en cinq parties :

- **La partie A Généralités**, en bleu, expose le but, le contexte et les conditions générales présidant à la planification 2016. Elle donne également un aperçu de la méthodologie utilisée.
- **La partie B Planification par domaine de soins**, en vert, résume les analyses quantitatives relatives à la planification hospitalière, au sauvetage et aux professions de la santé non universitaires. Pour les soins hospitaliers, elle examine l'évolution des besoins de la population bernoise et celle de l'offre des hôpitaux.

Pour le sauvetage, elle se focalise sur les interventions d'urgence. Et pour les professions de la santé non universitaires, elle actualise les analyses de la planification des soins 2011-2014.

- **La partie C *Mise en œuvre***, en rouge, dresse la liste des champs d'action concrets pour la période 2017-2020, et donne un aperçu de la suite de la procédure.
- **La partie D *Annexe***, en gris, contient la liste des illustrations et des tableaux.
- **La partie E *Données et tableaux concernant la planification hospitalière***, cinquième et dernier volet du rapport, comprend de nombreux tableaux synthétiques et illustrations, ainsi que les bases détaillées de la planification des soins. Regroupant notamment l'ensemble des données et valeurs servant de base à l'élaboration des listes cantonales des hôpitaux, elle prend la forme d'un document distinct en raison de sa taille. Elle aussi se trouve signalée en gris.

3.2.2 Généralités

La planification des soins 2016 est la première à être établie par le canton depuis la modification du système de financement hospitalier en Suisse. Aussi se concentre-t-elle sur une planification hospitalière durable et conforme à la LAMal, sans pour autant négliger le domaine du sauvetage ni celui des professions de la santé non universitaires.

- **Objet** : la planification des soins 2016 couvre les mêmes domaines que celles de 2007 et de 2011, à savoir la planification hospitalière pour les soins aigus somatiques, la réadaptation et la psychiatrie, les soins psychiatriques ambulatoires (cliniques de jour et services ambulatoires), le sauvetage ainsi que les professions de la santé non universitaires.
- **Point fort** : la planification des soins 2016 porte prioritairement sur la planification hospitalière. C'est la conséquence de la modification des conditions générales intervenue en 2012 suite à la révision 2007 de la LAMal relative au financement hospitalier. Comme celle-ci a débouché sur une réglementation nettement plus restrictive, les chapitres concernant les prestations hospitalières sont plus développés et détaillés.
- **Délimitation par rapport à la liste des hôpitaux** : la planification des soins 2016 ne contient aucune décision concernant l'attribution des mandats de prestations figurant sur les listes des hôpitaux du canton de Berne. Elle met essentiellement en lumière les besoins de la population bernoise en matière de soins. C'est sur les analyses détaillées établies à ce sujet que s'appuient lesdites décisions, ainsi que sur les critères et les principes de planification régissant la sélection des hôpitaux répertoriés.
- **Actualisation des bases de données** : les données les plus à jour disponibles au moment où a été rédigée la planification des soins 2016 datent des années 2010 à 2013. Les analyses concernant le sauvetage comprennent pour leur part des indications de 2014. Les prévisions de la planification des soins 2016 portent sur la période allant jusqu'au 31 décembre 2020. Le canton de Berne prévoit de comparer annuellement ces prévisions avec les soins effectivement dispensés, tirés de la statistique médicale de l'Office fédéral de la statistique (OFS) de l'année précédente. Cette vérifica-

tion intermédiaire sera réalisée pour la première fois en 2017 sur la base des données de 2016. Si les prestations fournies à la population bernoise s'écartent de manière significative des attentes dans certains secteurs ou groupes de prestations – en raison du libre choix de l'hôpital ou d'un plus grand nombre d'hôpitaux conventionnés, par exemple –, il sera procédé à des corrections qui seront publiées sous la forme d'une mise à jour des tableaux. Les listes des hôpitaux 2017 se fonderont sur les volumes de prestations les plus récents fournis par les établissements, donc sur les années 2015 et 2016.

3.2.3 Objectifs

A l'avenir, les prestations des hôpitaux répertoriés devront mieux se compléter. Avec la planification 2016, le canton crée un cadre garantissant une couverture durable des besoins en soins hospitaliers de la population dans toutes les parties du canton. S'appuyant sur la Constitution cantonale, sur les objectifs en matière de soins et sur une planification axée sur les prestations, les offres hospitalières s'intégreront davantage dans un système de prise en charge échelonné.

- **Objectif global** : « Le canton de Berne veille à ce que la couverture en soins soit à la fois économique et suffisante, en mettant notamment sur pied l'infrastructure requise ». Cet objectif général était déjà ancré dans la planification des soins 2011-2014 et ne changera pas au cours de la nouvelle période de planification. Il se fonde sur la Constitution cantonale⁴ et sur le programme gouvernemental de législature 2015-2018.
- **Les objectifs concrets** pour la période 2017 à 2020 ont été reformulés et complétés, afin de cibler la planification plus précisément sur les différents domaines de soins et sur les champs d'application de la LSH et de la LAMal :
 - Garantir les **soins aigus** somatiques en renforçant la concentration décentralisée des soins de base et en concentrant les soins spécialisés et la médecine de pointe, compte tenu de la planification intercantonale dans ce dernier domaine.
 - Garantir la **réadaptation** en examinant soigneusement les possibilités de traitement de proximité et en portant un soin particulier au transfert du mode hospitalier au mode ambulatoire.
 - Garantir les **soins psychiatriques** en renforçant la concentration décentralisée des soins de base, en favorisant les infrastructures ambulatoires de proximité et en encourageant leur intégration dans les structures des soins aigus.
 - Garantir les **prestations de sauvetage** en améliorant la collaboration entre les services de secours et en optimisant les sites d'intervention de manière ciblée.
 - Garantir la relève dans les **professions de la santé** non universitaires en exploitant tout le potentiel de formation des établissements, en améliorant le recrutement de nouvelles forces et en fidélisant le personnel.

4 Voir art. 41, al. 1 ConstC.

- Garantir les **soins d'urgence** par des unités à bas seuil, accessibles dans des délais raisonnables dans l'ensemble du canton.
- Garantir, avec la collaboration des fournisseurs de prestations, la mise en place et le développement progressif d'un **monitorage** reposant sur des données de routine.
- Permettre à la population d'accéder, grâce à la **cybersanté**, à un système de soins efficace, sûr et économique.⁵
- Evaluer l'accessibilité et la répartition conforme aux besoins des structures de prise en charge de **secteurs prioritaires** en raison de leur importance particulière pour la population. Ces secteurs sont les soins d'urgence, la prise en charge des victimes d'accidents vasculaires cérébraux, les soins périnataux, la prise en charge des enfants et des adolescents, les soins gériatriques, les soins palliatifs ainsi que la gestion intégrée des soins.

3.2.4 Soins aigus somatiques

Principaux résultats :

- **Evolution 2010-2013** : faible augmentation du nombre de cas et séjours plus courts. En 2013, les hôpitaux de soins aigus ont traité 154 886 patientes et patients bernois, la durée moyenne d'hospitalisation s'établissant à 5,4 jours.
- **Accessibilité** : l'accessibilité des hôpitaux bernois de soins aigus somatiques est très bonne : 91,4 pour cent de la population du canton atteint un établissement de la liste doté d'un service des urgences en moins de 15 minutes, 99,1 pour cent en moins de 30 minutes⁶.
- **Prévision des besoins jusqu'en 2020** : une hausse modérée de 10 431 cas (+ 6,5%) est attendue par rapport à 2013. Cela étant, cette évolution devrait différer d'un secteur à l'autre. Les prévisions jusqu'en 2020 indiquent une croissance considérable des prestations hospitalières dans les secteurs où la proportion de patientes et patients âgés (65 ans et plus) est importante. Elles montrent en revanche une tendance à la baisse dans celui de l'obstétrique.
- **Priorités de la période de planification 2017-2020** : étant donné leur rôle dans la couverture en soins hospitaliers de la population bernoise, les secteurs de soins ci-après ont fait l'objet d'un examen détaillé des besoins :
 - soins d'urgence,
 - prise en charge des victimes d'accidents vasculaires cérébraux,
 - soins périnataux,
 - prise en charge hospitalière des enfants et des adolescents,

5 Le canton de Berne a lancé le projet BeHealth.

6 Pour garantir les soins aigus somatiques hospitaliers de base, le canton de Berne applique des critères minimaux d'accessibilité : un établissement fournissant des soins de base (paquet de base Chirurgie et médecine interne de la classification GPPH en soins aigus somatiques) doit être accessible en 30 minutes au maximum pour 80 pour cent de la population. En 2013, le Conseil-exécutif a complété ce critère d'une composante spatiale de 50 km (ACE 0814.2013).

- soins gériatriques,
- soins palliatifs.

3.2.5 Réadaptation

Principaux résultats :

- **Evolution 2010-2013** : nombre de cas inférieur aux prévisions. En 2013, 7 377 Bernoises et Bernois ont été traités dans une clinique de réadaptation, la durée moyenne de séjour se situant à 22,5 jours.
- **Prévision des besoins jusqu'en 2020** : la réadaptation hospitalière devrait enregistrer une hausse modérée de 780 cas (+10,6%) par rapport à 2013, ce qui correspond à une croissance moyenne de 1,4 pour cent par an. Cette augmentation reflète pour l'essentiel l'évolution démographique bernoise jusqu'en 2020.
- **Priorités de la période de planification 2017-2020 : le canton examinera de plus près le recours aux prestations suivantes, pour évaluer les besoins avec une plus grande précision :**
 - réadaptation gériatrique,
 - réadaptation psychosomatique,
 - prise en charge hospitalière des enfants et des adolescents.

3.2.6 Psychiatrie

Principaux résultats :

- **Evolution 2010-2013** : stagnation et recul du nombre de cas parmi les patientes et patients de moins de 65 ans. En 2013, le nombre de Bernoises et de Bernois traités dans une clinique psychiatrique a reculé pour atteindre 8 079, la durée moyenne de séjour étant de 39,2 jours.
- **Prévision des besoins jusqu'en 2020** : une analyse différenciée par tranche d'âge montre que la psychiatrie de l'adulte (18-64 ans), notamment, devrait présenter une stagnation du nombre de cas jusqu'en 2020. En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (0-17 ans), les cas devraient augmenter faiblement jusqu'en 2020 (+2,4%). Seule la patientèle psychogériatrique (65 ans et plus) devrait s'inscrire en nette hausse (+15%), dans le sillage de l'évolution démographique.
- **Priorités de la période de planification 2017-2020** : outre le partage du canton en quatre régions de soins, la classification des groupes de prestations en psychiatrie a été remaniée et complétée. La différenciation entre soins de base et prestations programmées, notamment, doit permettre d'assurer une couverture conforme aux besoins de la population sur tout le territoire du canton. Les autres priorités de la période de planification 2017-2020 pour la psychiatrie sont les suivantes :
 - soins de base et soins d'urgence hospitaliers,
 - prise en charge hospitalière des enfants et des adolescents,
 - traitements psychiatriques aigus à domicile en mode ambulatoire.

3.2.7 Sauvetage

Principaux résultats :

- **Evolution 2010-2013** : les services de sauvetage cantonaux ont réalisé en tout 50 186 interventions en 2013, ce qui représente une baisse de 2,1 pour cent. Cette évolution est à mettre en relation avec la diminution des interventions programmées, c'est-à-dire des transferts (-18,8%). On note en revanche une hausse de 9 pour cent des interventions d'urgence.
- **Prévision des besoins jusqu'en 2020** : la population du canton devrait augmenter de 3,9 pour cent d'ici 2020, passant à plus de 1,04 million d'habitants. Cette progression s'accompagnera d'un vieillissement de la population. La croissance prévue du nombre de personnes nécessitant des soins et celle des patientes et des patients gériatriques ne vont pas rester sans effet sur les services de sauvetage du canton de Berne. Il faut s'attendre à une hausse notable des interventions d'ici 2020.
- **Améliorations réalisables sans moyens supplémentaires** (étude de la Haute école spécialisée de St-Gall) : les interventions d'urgence ont été examinées sous l'angle de la règle de couverture bernoise 80/30 et du ratio d'intervention 90/15 de l'Interassociation de sauvetage (IAS)⁷. Une simulation portant sur les améliorations potentielles a révélé que diverses mesures (déplacement de sites pour six services de sauvetage, mesures architecturales et organisationnelles pour trois services) permettraient d'améliorer de 8 pour cent au total le nombre d'interventions effectuées dans les délais requis. Dans cette simulation également, 29 pour cent des interventions se sont avérées plus rapides. Ces deux optimisations ont pu être réalisées sans mobiliser de moyens additionnels (véhicules de sauvetage supplémentaires).

3.2.8 Professions de la santé non universitaires

Principaux résultats :

- **Evolution 2010-2013** : la planification des soins 2011-2014 prévoyait déjà une pénurie de personnel de soins formé dans les hôpitaux du canton de Berne. Cette évolution défavorable a été prise en compte dans la période de planification 2011-2014, qui identifiait les besoins actuels et futurs en la matière. Les établissements hospitaliers bernois sont soumis depuis 2012 à l'obligation de former du personnel.
- **Prévision des besoins jusqu'en 2020** : l'inventaire des besoins à l'horizon 2020 pour les professions de la santé non universitaires a déjà été fait lors de la planification des soins 2011-2014. Un pronostic au-delà de 2020 ne sera établi que dans le cadre de la prochaine planification ordinaire des soins.
- **Obligation de formation pour les établissements bernois** : une forte majorité des institutions ont rempli les exigences. Les prestations de formation ont augmenté de 12,5 pour cent par rapport à 2012, année de démarrage du programme. En 2014, les établissements, qui avaient l'obligation de dispenser un total de 114 300 semaines de

7 Selon la règle de couverture 80/30, les équipes des services de sauvetage doivent pouvoir atteindre 80 pour cent de la population du canton en moins de 30 minutes. Le ratio d'intervention 90/15 exige quant à lui que dans 90 pour cent des interventions d'urgence, les équipes atteignent le site en moins de 15 minutes.

formation, ont dépassé leur quota, en en proposant 118 700. Ce constat réjouissant ne doit toutefois pas faire oublier que nombre de petits établissements situés dans les régions périphériques du canton font état de grandes difficultés à assumer leur part.

3.2.9 Mise en œuvre de la planification des soins 2016

Après avoir approuvé la planification des soins, le Conseil-exécutif promulgue les listes des hôpitaux, qui s'appuient sur la procédure de sélection décrite dans le projet ainsi que sur les prévisions concernant les besoins dans chaque domaine de soins. Par ailleurs, la SAP met en œuvre les mesures définies dans les différents champs d'action.

- **Points forts et champs d'action 2017-2020** : outre les priorités précédemment citées dans les domaines des soins aigus somatiques, de la réadaptation, de la psychiatrie, du sauvetage et des professions de la santé non universitaires, la planification des soins 2017-2020 comprend également les deux champs d'action suivants :
 - cybersanté et
 - gestion cantonale de la qualité.
- **Prévision des coûts** : la planification chiffre à 1,2 milliard de francs les dépenses totales incombant au canton en 2020 pour les soins. Celles-ci résultent principalement du recours accru de la population aux prestations de l'assurance obligatoire fournies dans les hôpitaux bernois ou ceux d'autres cantons.
- **Etablissement des listes hospitalières bernoises** : la planification des soins 2016 sert de base au canton pour l'élaboration de ses futures listes des hôpitaux. Une fois la planification approuvée par le Conseil-exécutif, la procédure en deux étapes visant à dresser ces listes pourra démarrer. Elle débutera par une large procédure de candidature ouverte à tous les hôpitaux et maisons de naissance intéressés.
- **Monitoring et surveillance par le canton** : parmi les données publiées devront à l'avenir figurer le nombre de cas relevant des différents mandats de prestations cantonaux traités chaque année par les divers sites. Parallèlement à cela, le canton évaluera les résultats des mesures de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) ainsi que ceux obtenus pour les indicateurs de qualité de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). La publication des nombres de cas et des autres indicateurs sera utile autant aux patientes et patients qu'aux médecins et services qui organisent leur hospitalisation.
- **Prochaine planification des soins** : le canton de Berne révisé en principe sa planification des soins tous les quatre ans. Les enseignements tirés de la période 2017-2020 seront pris en compte dans l'élaboration de la prochaine planification, qui commencera en 2018.

3.2.10 Modifications par rapport à la planification 2011-2014

La planification des soins 2011-2014 a fait ses preuves dans de nombreux domaines. Elle nécessite cependant d'être adaptée, ne serait-ce qu'en raison de la révision des bases légales intervenue entretemps. Les éléments repris et les nouveautés sont décrits ci-dessous.

- **Eléments repris**

- **Pour l'essentiel** : la planification des soins 2016 reprend les nombreux aspects de la planification précédente qui ont fait leurs preuves.
- **Thèmes et points forts** : la planification des soins 2011-2014 avait fixé les priorités suivantes : la gestion intégrée des soins, les soins palliatifs, les soins post-aigus, les soins gériatriques, la prise en charge des victimes d'accidents vasculaires cérébraux et les soins psychiatriques ambulatoires. Le financement sur la base de coûts normatifs a par ailleurs été introduit pour les services de sauvetage, et une obligation de formation a été imposée aux établissements bernois pour les professions de la santé non universitaires. Etant donné leur importance particulière pour la couverture en soins de la population, ces aspects sont également traités en détail dans la planification 2016.
- **Domaines traités** : le canton est libre d'aménager et de mettre en œuvre sa planification dans les domaines ne tombant pas sous le coup de la LAMal, comme le sauvetage, les professions de la santé, la gestion intégrée des soins et les soins psychiatriques ambulatoires. Leur prise en compte rend la planification des soins 2016, tout comme celle de la période précédente, plus complète que celles d'autres cantons.
- **Planification hospitalière axée sur les prestations** : depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2012, de la révision 2007 de la LAMal, la planification de la couverture des besoins par les hôpitaux de soins aigus somatiques et les maisons de naissance est liée aux prestations dans tous les cantons⁸. En ce qui concerne la réadaptation et la psychiatrie, la planification peut être liée aux prestations ou aux capacités, à savoir au nombre de lits, selon le choix du canton⁹. Celui de Berne a été parmi les premiers à planifier depuis 2007 ses prestations hospitalières en fonction des prestations. Cette démarche, qui a fait ses preuves dans le cadre des planifications des soins 2007-2010 et 2011-2014, est reprise pour la période 2017-2020.

- **Nouveautés**

- **Pour l'essentiel** : la planification des soins 2016 est la première entreprise par le canton de Berne depuis l'entrée en vigueur de la révision partielle de la LAMal. En

8 Voir art. 58c, lit. a OAMal.

9 Voir art. 58c, lit. b OAMal.

conséquence, la section consacrée à la planification hospitalière a été particulièrement développée¹⁰.

- **Classification des groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) :** la planification hospitalière axée sur les prestations est effectuée sur la base des classifications GPPH en soins aigus somatiques, en réadaptation et en psychiatrie. Les trois classifications ont été élargies et affinées en vue de la planification des soins 2016. Elles énumèrent les exigences d'ordre général ou spécifique applicables aux divers groupes de prestations concernant la qualité des structures et des processus, et sont contraignantes pour tous les hôpitaux des listes du canton de Berne. De nouveaux groupes de prestations sont introduits en psychiatrie et en réadaptation (p. ex. la réadaptation en médecine interne et oncologique). En revanche, le groupe de prestations Autres réadaptations spécifiques sera supprimé. S'agissant de la psychiatrie, une distinction est désormais opérée entre soins de base et prestations programmées.
- **Bases méthodologiques :** les prévisions quantitatives jusqu'en 2020 se fondent sur la méthode statistique dite du statu quo. Une vaste enquête a par ailleurs été réalisée pour la première fois auprès de 40 sociétés médicales suisses, pour pouvoir tenir compte des évolutions qualitatives importantes (en épidémiologie, dans les techniques médicales ou concernant l'influence des systèmes de rémunération). Le canton a également établi pour la première fois un relevé des prestations auprès de tous les hôpitaux de la liste ainsi qu'auprès des autres établissements intéressés, pour pouvoir évaluer par avance l'évolution de l'offre de soins. Des paramètres importants tels que le taux d'hospitalisation et la durée moyenne de séjour ont enfin été comparés, là aussi pour la première fois, à l'échelle du pays.
- **Cadre global plutôt que limite quantitative :** la planification des soins 2016 définit le cadre déterminant pour l'attribution des mandats de prestations. Ces derniers sont octroyés par site hospitalier, et les listes bernoises des hôpitaux seront à l'avenir elles aussi structurées par site, ce qui permettra d'assurer le développement de chacun d'entre eux au plan tant médical qu'économique et entrepreneurial. A la différence de la planification des soins 2011-2014, celle de 2016 ne prévoit pas de limitation du nombre de cas cofinancés par le canton, donc pas de pilotage du volume des prestations par le biais de la liste hospitalière, pour les hôpitaux répertoriés.

3.3 Calendrier, modalités, organisation, compétences

C'est toujours la dernière planification des soins adoptée par le Conseil-exécutif qui fait foi. Autrement dit, la date de l'adoption est décisive pour sa validité. Les stratégies et mesures qu'elle contient valent dès son approbation (et non à partir de l'année qui suit, voir point 3.1.3).

10 Vu son volume, la planification des soins 2016 se compose de deux documents : le rapport de planification proprement dit, d'une part, et les annexes d'autre part, qui regroupent l'ensemble des données et valeurs servant de base à l'élaboration des listes cantonales des hôpitaux.

Après avoir approuvé la planification des soins 2016 en décembre 2016, le Conseil-exécutif la portera à la connaissance du Grand Conseil lors de la session de mars 2017. Il reviendra ensuite à la SAP de mettre en œuvre les mesures définies dans les différents champs d'action.

Tableau 1 : Compétences et échéances

Compétence	Echéance
Le Conseil-exécutif approuve la planification des soins 2016.	14 décembre 2016
La Commission de la santé et des affaires sociales du Grand Conseil préavise la planification des soins 2016 approuvée par le Conseil-exécutif.	14 février 2017
Le Grand Conseil prend connaissance de la planification des soins 2016 approuvée par le Conseil-exécutif (et adopte éventuellement des déclarations de planification).	Session de mars 2017

Après avoir approuvé la planification des soins, le Conseil-exécutif promulguera les listes des hôpitaux pour les soins aigus somatiques, la réadaptation et la psychiatrie à la suite d'une procédure de candidature (date prévue pour l'adoption : été 2017). Ces listes s'appuient sur la procédure de sélection décrite dans le projet ainsi que sur les prévisions concernant les besoins.

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

4.1 Programme gouvernemental de législature

Les objectifs généraux de couverture en soins, les principes cantonaux de planification et les champs d'action définis dans le projet sont en parfaite adéquation avec le programme gouvernemental de législature.

La priorité 4 « Favoriser la santé et la sécurité sociale » du programme 2015-2018 expose les objectifs et mesures de l'assistance sanitaire¹¹ : le canton veille à l'assistance sanitaire intégrée de la population dans toutes les régions. Il s'assure qu'elle soit de qualité et économiquement supportable. La planification des soins 2016 est explicitement mentionnée parmi les affaires et actes législatifs cités dans le programme comme un instrument cantonal permettant d'assurer dans tout le canton des soins hospitaliers de qualité, conformes aux besoins et économiquement supportables (voir page 16).

Comme on le verra au point 7.1, les mesures prévues dans la planification des soins favorisent le développement durable des soins hospitaliers dans le canton de Berne.

11 Chancellerie d'Etat du canton de Berne : Programme gouvernemental de législature 2015 à 2018, Berne, 29 octobre 2014.

4.2 Plan intégré « mission-financement »

Les cinq secteurs traités par la planification des soins correspondent au groupe de produits *Soins hospitaliers* du plan intégré (produits : soins aigus somatiques, réadaptation, formation et perfectionnement pratiques, sauvetage et psychiatrie). La planification des soins contient des prévisions de besoins mais aussi de coûts pour ces derniers (base de données : 2014). Les chiffres annuels communiqués pour le budget et le plan intégré « mission-financement » doivent être recalculés à chaque fois en fonction des informations les plus récentes (nombre de cas, tarifs), compte tenu des risques et des opportunités en matière de politique financière, et peuvent de ce fait différer des valeurs figurant dans la planification des soins.

Celle-ci distingue trois catégories de coûts :

- **Coûts des prestations rémunérées selon la LAMal** (prestations hospitalières)
 - Les prévisions reposent sur des hypothèses relatives à l'évolution du nombre de cas et du système tarifaire. Les coûts ainsi définis par secteur de planification n'ont donc qu'une valeur indicative pour l'établissement des budgets par groupe de produits. Dans ce contexte, il convient de souligner que dans la planification des soins, l'estimation des coûts ne peut tenir compte que de manière imprécise de certains facteurs et risques : évolution tarifaire incertaine en raison du changement de système dans les secteurs de la réadaptation et de la psychiatrie, augmentation éventuelle du nombre de cas imputable non aux besoins mais à de nouvelles incitations (progrès de la technique médicale, transfert vers le secteur ambulatoire). Cette situation pourrait se solder par des écarts entre les coûts prévisionnels et les coûts réels.
 - La planification des soins et les coûts prévisionnels qu'elle contient sont approuvés par le Conseil-exécutif, alors que le budget et le plan intégré « mission-financement » sont du ressort du Grand Conseil. Or les nouveaux mécanismes de financement de la LAMal ont réduit considérablement la marge de manœuvre de ce dernier. Depuis 2012, le canton ne dispose plus d'aucun outil de pilotage politique concernant le financement des prestations hospitalières : les tarifs sont négociés entre fournisseurs de soins et caisses-maladie, et toutes les prestations médicalement indiquées doivent être cofinancées par le canton à concurrence d'au moins 55 pour cent. Les volumes de prestations ne sont pilotés qu'indirectement par l'intermédiaire de la liste des hôpitaux ; ils ne reposent pas sur des décisions de politique financière mais sur l'évolution des besoins et des prestations. Les tarifs et la liste des hôpitaux sont certes approuvés ou arrêtés par le canton, mais ils relèvent de la législation fédérale et peuvent être attaqués en justice en vertu de cette dernière. Par conséquent, depuis 2012, le canton ne peut plus influencer par des décisions budgétaires les dépenses liées au financement des prestations hospitalières.

- **Coûts des prestations indemnisées selon la LSH**

- Les indemnisations sur la base de la LSH englobent des postes très différents : formation et perfectionnement pratique des professions de la santé non universitaires, sauvetage, prestations d'intérêt général et soins ambulatoires notamment. Les coûts des prestations psychiatriques fournies par les cliniques de jour et les services ambulatoires doivent être couverts en priorité par le tarif. Lorsque tel n'est pas le cas, le canton peut prévoir un financement complémentaire pour garantir les soins et prévenir les incitations négatives. L'indemnisation des prestations ambulatoires, de la formation postgrade en médecine et en pharmacie, du sauvetage, de la formation et du perfectionnement des professions de la santé non universitaires ainsi que des autres prestations supplémentaires, qui est pilotée par l'intermédiaire de contrats de prestations, est comparativement faible.

- **Coûts de la mise en œuvre des mesures de la planification des soins**

- Ces dépenses sont imputables par exemple à l'élaboration, à l'évaluation et à l'introduction des protocoles de soins nécessaires. A l'heure actuelle, il est impossible de les chiffrer de manière détaillée. Ils seront calculés à l'occasion de la planification de la mise en œuvre.

Dès lors, les coûts prévisionnels indiqués dans la planification des soins constituent uniquement un ordre de grandeur pour les quatre années considérées. Les chiffres communiqués annuellement au Grand Conseil seront recalculés en fonction des informations les plus récentes et pourront de ce fait différer des valeurs figurant dans la planification des soins. S'il revient au Grand Conseil de fixer les moyens financiers destinés aux produits des soins hospitaliers lors de l'adoption du budget et du plan « mission-financement », il ne peut influencer que les coûts des prestations d'intérêt général, les indemnisations selon la LSH et les coûts de la mise en œuvre des mesures de la planification des soins, mais pas ceux des soins hospitaliers, faute de moyens de pilotage.

Le plan financier cantonal 2017-2020 diverge légèrement de la planification des soins (écart de 34,3 millions de francs, soit moins de 3%, à l'horizon 2020). Pour des raisons de calendrier, il a en effet été établi en mars 2016 sur la base d'une prévision provisoire des besoins. Les projections définitives ont été réalisées au printemps 2016 en fonction de données plus récentes et ont été intégrées à l'automne 2016 dans la mise à jour des coûts prévisionnels.

4.3 Plan directeur cantonal

Le plan directeur cantonal 2030 évoque les soins hospitaliers dans le domaine des stratégies de développement économique : « Si la définition des prestations à fournir à la population bernoise ne relève en rien des stratégies d'aménagement du territoire, il n'en va pas de même de la concrétisation des structures (offres de prestations, infrastructures hospitalières et sites des hôpitaux). » Son objectif C72 dit ceci : « Le choix des infrastructures hospitalières et des sites des hôpitaux, s'agissant aussi bien des prestations de base que de la médecine de pointe, doit prendre en compte les différents niveaux du réseau de centres de manière appropriée. »¹²

12 Plan directeur cantonal, état 4 mai 2016, chapitre C, Stratégies, p. 18.

La planification des soins 2016 est conforme à la structure en réseau de centres prévue par le plan directeur cantonal 2030. En matière de soins aigus somatiques, elle poursuit une stratégie de concentration décentralisée des soins de base et de concentration des soins spécialisés et hautement spécialisés, les principaux sites de soins se trouvant dans des centres d'importance nationale et cantonale (Berne) et dans les centres cantonaux et régionaux d'importance cantonale (Berthoud, Bienne, Interlaken, Langenthal et Thoune). Compte tenu de son rayonnement, l'hôpital universitaire est, quant à lui, implanté dans la capitale. Enfin, la décentralisation des soins aigus somatiques et des soins psychiatriques de base favorise la mise sur pied de prestations dans les centres régionaux faciles d'accès – mesure également conforme au plan directeur. Il convient de vérifier l'accessibilité des nouvelles offres.

Pour permettre la prise en compte adéquate de la structure en réseau, la planification des soins 2016 répartit les prestations hospitalières de soins aigus somatiques, de réadaptation et de psychiatrie en trois niveaux de prise en charge (régionale, suprarégionale et cantonale). Ces trois niveaux permettent au canton de mieux observer et évaluer l'évolution de la couverture en soins dans toutes les parties de son territoire. Dans le modèle échelonné de planification hospitalière axée sur les prestations, chaque offre est assortie d'un degré d'accessibilité correspondant à sa fréquence, au degré de spécialisation qui en découle ainsi qu'à ses coûts de base fixes. Le degré d'accessibilité exprime la distance par rapport au domicile de la patientèle : les prestations hospitalières font partie d'un niveau de soins de proximité (régional) ou plus éloigné du domicile (suprarégional ou cantonal). Plus une prestation est générale et donc fréquemment utilisée, plus elle peut être fournie par des hôpitaux de proximité. Plus une prestation est rare, plus le degré de spécialisation est élevé. Les prestations spécialisées ainsi que celles dont les coûts de base fixes sont relativement onéreux ne doivent pas obligatoirement être fournies par des hôpitaux de proximité. Cela signifie que pour garantir la qualité et l'économicité nécessaires des prestations, certaines d'entre elles doivent être concentrées.

La concentration de certains domaines spécialisés sur un petit nombre de fournisseurs de prestations correspond au principe formulé dans le plan directeur cantonal, selon lequel les ressources doivent être affectées là où elles contribuent le mieux à la réalisation des objectifs¹³.

Conformément à ce principe directeur, quand l'efficacité des mesures définies pour un champ d'action n'est pas évidente (potentiel d'optimisation du sauvetage, p. ex.), des analyses approfondies seront réalisées au préalable pour s'assurer que les mesures financées porteront leurs fruits.

4.4 Autres rapports de planification de la SAP

Le projet tient compte d'autres rapports de planification de la SAP :

Planification des soins 2011-2014 selon la LSH : aux termes de l'article 7, alinéa 1 LSH, la planification des soins 2016 doit être approuvée par le Conseil-exécutif et remplace la version 2011-2014 actuellement en vigueur et prolongée le 2 juillet 2014. Le projet a été rédigé en étroite collaboration avec les services cantonaux responsables d'autres secteurs de la santé comme les soins de longue durée en établissement médico-social et le maintien à domicile.

¹³ Voir Plan directeur du canton de Berne, Plan directeur 2030, Projet de territoire du canton de Berne, objectif principal C *Créer des conditions propices au développement économique*, 2^e point.

- **Rapport sur la politique du 3^e âge de 2016¹⁴** : abordant plusieurs aspects des soins destinés aux personnes âgées, il expose entre autres les développements importants à la jonction avec les soins hospitaliers aux aînés.
- **Programme du canton de Berne en matière de soins palliatifs¹⁵** : publié au printemps 2014, il a été lui aussi intégré dans la planification des soins. Il couvre des aspects transversaux, parmi lesquels les soins hospitaliers.

5 Répercussions financières, répercussions sur l'organisation, le personnel, l'informatique et les locaux

5.1 Conséquences pour le canton en matière de finances, d'organisation et de personnel

Conformément à la LSH révisée (voir point 3.1.1), le projet confère une place plus importante à la planification hospitalière et, partant, aux règles applicables à l'établissement des listes cantonales des hôpitaux. Il prescrit entre autres une évaluation en profondeur de l'aptitude, des besoins, de l'accessibilité, de la qualité et de l'économicité ainsi qu'une coordination inter-cantonale.

Il faut s'attendre à des incidences financières sur la Direction. Les vérifications et actualisations périodiques à effectuer dans le cadre du monitoring et du contrôle du respect des contrats de prestations requièrent en effet des ressources supplémentaires (financières, informatiques, etc.). Celles-ci sont à considérer dans le contexte global de la révision de la LAMal et de la LSH : l'entrée en vigueur du nouveau financement hospitalier en 2012 a profondément changé les exigences en ce qui concerne la conception et l'organisation de la planification, du pilotage, de la surveillance et de la coordination des soins hospitaliers.

Les répercussions du projet sur le financement des prestations sont exposées au chapitre 19 de la planification des soins et au point 5.2 ci-après. Quant aux conséquences financières des mesures susceptibles de découler des différents champs d'action, elles ne pourront être chiffrées en détail que dans le cadre de la planification de la mise en œuvre. Le financement des mesures ne dépassera cependant pas le cadre du budget actuel de la SAP.

5.2 Impact sur l'économie

Comme le veut la législation, la planification des soins 2016 est axée exclusivement sur des considérations de politique des soins. En vertu de la LAMal, elle ne peut pas poursuivre d'objectifs économiques allant à l'encontre de la couverture en soins. Il s'agit d'empêcher le financement, par les fonds de l'assurance-maladie obligatoire, de mesures de soutien motivées par la politique économique.

La planification des soins proprement dite n'a pas de conséquences directes pour l'économie. Cependant, étant donné que les soins hospitaliers constituent une part importante de l'activité économique du canton de Berne, sa mise en œuvre peut avoir des répercussions ponctuelles sur l'économie bernoise. Elle concerne ainsi les établissements hospitaliers et les entreprises de sauvetage de tout le canton en leur qualité d'employeurs.

14 Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne : Politique du 3^e âge dans le canton de Berne. Rapport du Conseil-exécutif au Grand Conseil.

15 Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne : Programme du canton de Berne en matière de soins palliatifs. Fondements, stratégie, mesures.

Vu l'augmentation prévue des besoins, la planification 2016 ne tend pas vers une réduction des soins hospitaliers, ce qui signifie que la création de valeur actuelle n'est pas menacée. Elle vise en revanche à empêcher les interventions trop occasionnelles et à aligner sur les besoins de la population du canton les prestations qui doivent être garanties par le biais des listes des hôpitaux. De même, les mesures définies n'affaiblissent pas Berne en tant que site médical, car la planification des soins 2016 table aussi sur une croissance des besoins parmi les patientes et patients de l'agglomération. En outre, de nombreux hôpitaux du canton profitent depuis 2012 du libre choix de l'hôpital. La planification des soins démontre clairement que le nombre de patientes et de patients d'autres cantons qui optent pour un hôpital bernois est en hausse dans tous les secteurs. Cela étant, la planification a également pour objectif d'empêcher une croissance débridée. Le projet plaide surtout pour une mobilisation efficace des moyens et du personnel et pour des changements structurels durables, afin de permettre au secteur cantonal des soins hospitaliers d'adapter au plus près ses prestations aux besoins et d'être ainsi préparé à affronter l'avenir. Vu la forte dynamique du secteur de la santé, il s'agit là de la meilleure stratégie pour consolider la position primordiale qu'occupent les soins hospitaliers dans l'économie du canton et de ses régions.

La planification des soins conforme à la LSH a également des incidences sur le canton de Berne en tant que pôle de la formation professionnelle, dont l'importance sera renforcée par le besoin croissant de prestations de formation prévu.

6 Répercussions sur les communes

La planification des soins n'a pas de conséquences immédiates pour les communes.

En cas de lacune dans la couverture régionale en soins de base, les communes seront associées à la recherche de solutions, notamment à l'interface entre les soins hospitaliers – qui sont du ressort exclusif du canton – et les soins d'urgence et l'offre ambulatoire, dont l'implantation locale est plus forte. Lorsqu'elles participent activement à la gestion d'une institution de soins de longue durée, elles seront impliquées à ce titre dans le processus. La forme que prendra ce dialogue ou cette collaboration est encore à définir, et ce indépendamment du projet.

7 Répercussions sur l'économie, l'environnement et la société

7.1 Durabilité

L'évaluation de la durabilité selon les prescriptions cantonales révèle que les champs d'action définis dans le projet favorisent le développement durable du canton de Berne (voir également point 5.2). Dans l'ensemble comme dans les volets économique et social, le résultat est nettement positif. La planification des soins 2016 n'a aucune répercussion en ce qui concerne le volet environnemental.

Plusieurs éléments sont à souligner pour ce qui est de la durabilité de la planification des soins 2016 :

- **Economie** : la planification contribue à ralentir la hausse des coûts de la santé et donc de la charge que les primes et la fiscalité font peser sur la population. Pour augmenter l'efficacité, il convient de mettre en lumière de manière transparente les différences entre les fournisseurs de prestations, par des critères d'évaluation de la qualité et de l'économicité. L'octroi de mandats de prestations conformes aux besoins à des hôpi-

taux dont l'offre est nécessaire à la couverture en soins évite et élimine les surcapacités.

- **Formation professionnelle** : les champs d'action définis en matière de formation professionnelle développent la qualification des salariés et l'offre de perfectionnement dans le canton.
- **Société** : divers effets bénéfiques découlent des améliorations du système de soins hospitaliers (soins psychiatriques de base plus proches du domicile des patients, assurance qualité, soins intégrés, optimisation de la répartition géographique des centres d'ambulances et renforcement de la collaboration entre services de sauvetage). Des places d'apprentissage supplémentaires sont par ailleurs créées dans le domaine de la santé.

7.2 Effets sur les collectivités régionales

La planification des soins doit également être évaluée dans l'optique de ses conséquences pour la minorité francophone du canton et de son équilibre régional :

- **Bilinguisme** : la communication verbale est déterminante pour la qualité des soins. Il importe donc de donner à la minorité francophone accès à des fournisseurs de prestations dotés de personnel parlant sa langue. La garantie du traitement en français fait partie des critères d'octroi des mandats de prestations sur la liste des hôpitaux. De plus, la maîtrise du français et de l'allemand est exigée dans les contrats de prestations portant sur l'alarme et la conduite des interventions de sauvetage. Quant aux mesures définies en ce qui concerne la formation professionnelle, elles tiennent compte des systèmes de formation différents des deux régions linguistiques.
- **Couverture en soins des régions périphériques** : la planification des soins fait une distinction entre les soins de base et les soins spécialisés. A travers les objectifs généraux qu'il définit, le projet garantit la couverture en soins de base hospitaliers dans toutes les régions du canton (voir également point 4.3).

8 Résultats de la procédure de consultation / de la consultation

8.1 Impression générale

La SAP a consulté les milieux intéressés entre le 20 juin et le 31 août 2016. Sur les 197 institutions contactées, 107 ont fait part de leur avis, ce qui équivaut à un taux de réponse de plus de 50 pour cent. Dans l'ensemble, la planification des soins a été bien accueillie.

Tableau 2 : Avis reçus par groupe de destinataires

Groupe	Nombre de destinataires	Nombre d'avis	Taux de réponse
Communes et arrondissements administratifs	2	2	100%
Canton de Berne	2	2	100%
Commissions bernoises du domaine de la santé	4	3	75%
Organisations bernoises du domaine de la santé	6	3	50%
Autres cantons	26	18	69%
Confédération	2	1	50%
Partis politiques	10	7	70%
Etablissements hospitaliers	55	30	55%
Associations et groupes d'intérêt	42	32	76%
Sociétés médicales	48	9	19%
Total	197	107	54%

De nombreuses réactions sont positives.

- **Volume, rigueur et clarté du rapport** : la majorité des participants considèrent que la planification des soins est complète, fiable et claire.
- **Priorités** : de nombreux fournisseurs de prestations, associations et groupes d'intérêt louent expressément les priorités concrètes définies dans le domaine des soins (soins palliatifs et gériatriques, prise en charge des enfants et des adolescents).
- **Accent mis sur la planification hospitalière** : les participants jugent pertinente la focalisation sur les soins hospitaliers.
- **Volonté de pilotage** : nombre de cantons, partis politiques, associations et groupes d'intérêt soutiennent le canton dans sa volonté de piloter le domaine des soins (notamment ses principes concrets de planification), allant jusqu'à demander une plus grande intervention de sa part. De nombreux fournisseurs de prestations acceptent cette volonté du canton dans son principe.
- **Gestion cantonale de la qualité** : les fournisseurs de prestations, associations et groupes d'intérêt approuvent les activités de gestion de la qualité prévues dans les hôpitaux et cliniques de soins aigus somatiques, de réadaptation et de psychiatrie.

- **Professions de la santé non universitaires** : les participants, tous groupes de destinataires confondus, approuvent largement ce chapitre.
- **Analyses** : les analyses détaillées font l'unanimité. En outre, la démarche méthodologique transparente est qualifiée de pertinente.

Les principales réactions critiques concernent les points ci-après.

- **Actualité des données (base 2010-2013)** : plusieurs fournisseurs de prestations demandent que la planification se fonde sur des chiffres plus récents.
- **Mandats de prestations par site** : bien qu'il ne s'agisse pas d'une nouveauté, quelques fournisseurs de prestations rejettent l'octroi de mandats de prestations par site. D'autres considèrent que cette approche est compréhensible et pertinente. Certains demandent une plus grande responsabilisation des établissements et s'opposent au pilotage du secteur par le canton.
- **Potentiels d'optimisation dans le domaine du sauvetage** : plusieurs services de secours ont émis des critiques fondamentales, arguant que les optimisations proposées reposent sur des données lacunaires et demandant qu'elles soient revues sur la base de nouveaux chiffres.
- **Champs d'action** : plusieurs associations et groupes d'intérêt trouvent que les mesures de mise en œuvre prévues par le canton ne sont pas décrites de manière suffisamment concrète.

La portée de la planification a elle aussi suscité diverses réactions.

- **Planification globale** : un grand nombre d'associations et de groupes d'intérêt aimeraient que la planification des soins aborde des domaines qui ne relèvent pas de la LAMal et de la LSH. A leur avis, elle devrait notamment définir une stratégie de santé interdirectionnelle et intersectorielle pouvant déboucher sur une planification de la santé.
- **Mandats de prestations** : quelques fournisseurs de prestations et un petit nombre de cantons expriment d'ores et déjà des souhaits concrets quant à des mandats de prestations pour les futures listes des hôpitaux du canton de Berne.

8.2 Critiques par domaine de soins

8.2.1 Soins aigus somatiques

8.2.1.1 Concentration décentralisée des soins de base, concentration des soins spécialisés et de la médecine de pointe

La plupart des remarques concernant les soins aigus somatiques portent sur la mise en œuvre de l'objectif général de planification (« Garantir les soins aigus somatiques en renforçant la concentration décentralisée des soins de base et en concentrant les soins spécialisés et la médecine de pointe, compte tenu de la planification intercantonale dans ce dernier domaine »). Plusieurs fournisseurs de prestations déclarent que cet objectif doit être formulé de manière encore plus concrète, dès lors qu'il leur est impossible de savoir sur lesquels d'entre eux le canton souhaite concentrer à l'avenir les prestations spécialisées. Quelques-uns soulignent

par ailleurs que cet objectif ne doit pas être utilisé pour le transfert ciblé de mandats de prestations à d'autres établissements.

A ce propos, il convient de préciser que l'objectif général de planification relatif aux soins aigus somatiques a été repris de la planification 2011-2014 et, de ce fait, ne constitue pas un changement de fond. En outre, la centralisation appropriée des prestations hospitalières, selon le niveau de prise en charge, figure tant dans le plan directeur 2030 que dans la jurisprudence fédérale. La stratégie de concentration décentralisée des soins de base et de concentration des soins spécialisés et de la médecine de pointe concrétise ces principes supérieurs. Elle garantit la couverture en soins de base hospitaliers sur tout le territoire du canton, notamment en définissant les sites nécessaires conformément à l'article 11d OSH. Par conséquent, cet objectif général de planification correspond en tous points aux critères de l'article 58b OAMal que sont le besoin avéré et l'accessibilité. De plus, les chapitres suivants du projet, notamment ceux consacrés au modèle échelonné de prise en charge et aux principes de planification cantonaux, précisent quels sont les domaines de prestations spécialisées et hautement spécialisées qui doivent être concentrés. L'objectif général de planification défini pour les soins aigus somatiques n'a subi aucune modification depuis 2011, raison pour laquelle il est maintenu.

En revanche, d'autres remarques des fournisseurs de prestations ont permis d'adapter ou de compléter la répartition des domaines de prestations entre les trois niveaux de prise en charge (régionale, suprarégionale et cantonale). Ainsi, l'orthopédie a été attribuée à l'échelon régional et la chirurgie pédiatrique de base ainsi que la dermatologie à l'échelon suprarégional.

8.2.1.2 Nombre minimal de cas

Certains fournisseurs de prestations considèrent que les dispositions concernant le nombre minimal de cas ne sont pas suffisamment étayées. D'autres, ainsi que bon nombre de partis politiques, estiment par contre que le nombre actuel de cas est trop réduit ou qu'il doit être comptabilisé par chirurgien.

Il faut savoir que les bases de données nécessaires à l'identification des chirurgiens n'existent pas à ce jour dans la statistique médicale des hôpitaux, qui ne contient qu'un choix limité de variables.

Toutefois, la SAP a pris bonne note de ces remarques et s'engagera à l'avenir pour un développement à l'échelon national des dispositions relatives au nombre minimal de cas. Elle en tiendra également compte dans le cadre d'une future révision des données à remettre à la SAP (voir article 127 LSH).

8.2.2 Réadaptation

8.2.2.1 Réadaptation précoce

Dans le domaine de la réadaptation, les participants se félicitent de l'harmonisation de la classification des groupes de prestations avec celles d'autres cantons. Cependant, certains d'entre eux considèrent que l'absence d'un groupe de prestations Réadaptation précoce est problématique et craignent une couverture insuffisante dans le canton de Berne.

Cette objection ne tient pas compte du fait que les classifications GPPH doivent obligatoirement permettre d'attribuer clairement les cas à un groupe de prestations. La SAP s'appuie

pour ce faire sur la statistique médicale des hôpitaux, qui ne contient qu'un choix limité de variables. Cela étant, bien que les patientes et patients de la réadaptation précoce ne puissent pas être identifiés précisément à l'heure actuelle, il ne saurait être question de couverture insuffisante, étant donné que les personnes concernées bénéficient d'un traitement adéquat dans les sept groupes de prestations spécialisées de la réadaptation (p. ex. la réadaptation neurologique).

La SAP reconnaît cependant que certaines mesures sont nécessaires dans le domaine de la réadaptation précoce, raison pour laquelle le projet lui consacre un champ d'action. En outre, elle tiendra compte des avis des participants dans le développement de la classification GPPH en réadaptation.

8.2.2.2 Clinique Bernoise Montana

La Clinique Bernoise Montana, qui est située en Valais, déplore d'être mentionnée parmi les hôpitaux hors canton dans les tableaux et listes de la planification des soins, ce qui, à son avis, ne correspond pas à son statut particulier. Elle demande que la phrase figurant dans la planification (« Etant située sur le territoire du canton du Valais, la Clinique Bernoise Montana fait partie des hôpitaux répertoriés hors canton dans le cadre de la planification des soins 2016. ») soit supprimée.

La Clinique Bernoise Montana traitant à la fois des patients bernois et valaisans, le canton du Valais souhaite être intégré dans le futur processus d'établissement des listes hospitalières dans le cadre de la coordination intercantonale telle qu'elle est prévue par la SAP. Il appuie en outre l'inscription de la clinique sur la liste bernoise des hôpitaux pour la réadaptation.

La Clinique Bernoise Montana étant bel et bien sise hors canton, la phrase figurant dans le projet est maintenue. Cependant, la SAP veillera à ce que ses prestations soient garanties par la liste bernoise pour la réadaptation, dans la mesure où elles sont nécessaires à la couverture des besoins de la population du canton. Par ailleurs, la SAP s'accordera avec le canton du Valais dans le cadre de la coordination intercantonale.

8.2.3 Psychiatrie

8.2.3.1 Modèle de régions de soins pour la psychiatrie hospitalière et ambulatoire

Le modèle des quatre régions a fait l'objet de critiques dans le domaine des soins hospitaliers. Les institutions craignent qu'il se traduise par l'apparition de nouvelles prestations coûteuses dans certaines régions de soins et par la suppression de structures existantes et parfaitement opérationnelles. De l'avis de certains d'entre elles, la planification régionale des prestations psychiatriques hospitalières va à l'encontre du principe du libre choix de l'hôpital ainsi que du vœu exprimé par bon nombre de patientes et patients de pouvoir bénéficier d'un traitement psychiatrique dans un endroit non pas proche mais éloigné de leur domicile.

Les fournisseurs ne prennent pas en considération le fait que les régions de soins constituent des régions de planification purement axées sur la population, autrement dit servent à représenter géographiquement les besoins de leurs habitantes et habitants. Ces besoins sont destinés à être comparés avec les prestations dispensées, donc avec le recours effectif aux prestations ainsi qu'avec les flux de patients. Par conséquent, les régions de soins ne sauraient être considérées comme un outil de planification structurelle des prestations à garantir sur le plan géographique. Sur ce plan en effet, est seul pertinent l'article 11d OSH (l'hôpital le plus

proche fournissant des prestations de base doit pouvoir être atteint en 30 minutes au maximum par 80 pour cent de la population de la région par des moyens de transport individuels), qui ne s'applique qu'aux prestations hospitalières de base nécessaires à la couverture en soins. Les soins de base doivent donc être disponibles dans chacune des quatre régions de soins. Quant aux prestations spécialisées, elles peuvent, mais ne doivent pas obligatoirement être proposées dans chaque région de soins. Il est possible qu'une prestation spécialisée soit disponible dans plusieurs régions de soins, l'organisation de l'offre appartenant aux établissements. Le libre choix de l'hôpital garanti par la législation fédérale concerne les séjours hospitaliers hors canton ; il n'implique pas que chaque site hospitalier propose toute la gamme des soins. Cette interprétation erronée contredit la volonté du législateur fédéral de garantir une couverture en soins de qualité conforme aux besoins et d'affecter les fonds publics nécessaires à cet effet de manière efficiente et économique.

Considérant qu'il s'agit là d'un malentendu, la SAP a reformulé la justification du modèle des régions de manière plus précise et plus compréhensible.

8.2.3.2 Prévision des besoins jusqu'en 2020

Estimant qu'elle ne tient pas compte des tendances les plus récentes, plusieurs fournisseurs de prestations demandent que la prévision des besoins dans le domaine de la psychiatrie soit adaptée. Ils font notamment valoir que, pour la psychiatrie hospitalière de l'adulte, ils tablent non pas sur une stagnation, mais sur une croissance constante du nombre de cas.

Les fournisseurs de prestations oublient ici que le projet repose sur les données les plus récentes fournies par la statistique médicale, qui sont à ce jour les seules à prendre également en compte les séjours hors canton. Or ces derniers sont déterminants notamment pour l'analyse des besoins globaux et pour l'établissement de prévisions fiables, même si ces données n'ont par ailleurs qu'une valeur indicative pour l'évaluation des institutions dans le cadre de la procédure de candidature. Les données chiffrées actuelles seront prises en compte dans l'élaboration des listes des hôpitaux.

Dans son projet, la SAP attire expressément l'attention sur le fait qu'il doit, au moment de sa rédaction, reposer sur les données suisses les plus récentes fournies par la statistique médicale de l'OFS, qui concernent les années 2010 à 2013. Les prévisions démographiques pourront être actualisées dès que les nouvelles données suisses seront disponibles et que le monitoring annuel prévu démontrera la nécessité d'actualiser les prévisions relatives aux besoins. En outre, la liste des hôpitaux est établie sur la base des chiffres les plus actuels concernant le recours aux prestations, qui sont ceux des années 2015 et 2016. Par cette démarche, la SAP prend en compte les derniers développements dans chaque institution lors de la mise en œuvre du projet et répond ainsi au souhait des fournisseurs de prestations.

8.2.4 Sauvetage

8.2.4.1 Qualité des données

Dans le domaine du sauvetage, diverses remarques ont été formulées concernant la qualité de la base de données utilisée pour l'analyse. Selon leurs auteurs, elle est incorrecte et n'a pas été validée en accord avec les fournisseurs de prestations.

Or les fournisseurs sont seuls responsables de la qualité des données remises à la SAP (voir article 127 LSH). Certaines remarques donnent par ailleurs à penser que les variables sont

interprétées différemment d'un service de sauvetage à l'autre (catégories d'intervention, p. ex.).

La SAP est également d'avis que des mesures doivent être prises à ce propos. Les fournisseurs de prestations doivent améliorer la qualité des données fournies. Il convient notamment de standardiser ces dernières en partenariat.

8.2.4.2 Potentiels d'optimisation

De nombreux fournisseurs de prestations critiquent les potentiels d'optimisation proposés dans le projet. Selon l'Interassociation de sauvetage, le calcul du ratio d'intervention 90/15 se réfère uniquement aux interventions primaires avec probabilité d'atteinte des fonctions vitales (P1). Par conséquent, le recensement des catégories d'intervention devrait être identique pour tous les services de secours, ce qui n'est pas encore le cas aujourd'hui (voir également point 8.2.4.1). Ce manque d'uniformité rend les analyses relatives au ratio d'intervention imprécises et se traduit par des résultats erronés en ce qui concerne les potentiels d'optimisation qui en découlent (amélioration des délais de départ, de la stratégie de régulation des interventions et des données à disposition, déplacement de sites). Malgré cette critique fondamentale, la plupart des services de sauvetage considèrent qu'il est souhaitable d'améliorer encore les délais de départ ainsi que les ratios d'intervention, et de mettre en œuvre la recommandation 90/15 de l'IAS.

Les fournisseurs de prestations ignorent ici la véritable intention du projet, qui est d'indiquer si des potentiels d'amélioration existent et où. Le projet les met très nettement en évidence. Dans la pratique, il est incontestable que le choix des emplacements ne peut se faire qu'en collaboration avec les services de sauvetage si l'on veut obtenir des solutions réalisables et qui bénéficient de l'expertise de chacun d'entre eux. En revanche, il est faux d'affirmer que les interventions réalisées pour d'autres services de secours ne doivent pas être prises en compte dans les analyses. En vertu du principe de planification axée sur la population, le choix des emplacements et la régulation des moyens d'intervention doivent être effectués pour l'ensemble du territoire. Selon la SAP, ce changement d'approche est indispensable si l'on veut améliorer le ratio d'intervention dans tout le canton. Les analyses réalisées dans le cadre du projet laissent à penser que la régulation telle qu'elle existe à la périphérie des actuelles centrales d'appel d'urgence n'est pas encore optimale.

Les potentiels d'optimisation seront examinés en détail avec les fournisseurs de prestations lors de la mise en œuvre du projet. Par ailleurs, la SAP a exprimé plus clairement dans le projet le caractère exploratoire de l'analyse des potentiels d'optimisation, afin que l'objectif soit plus compréhensible.

8.2.5 Professions de la santé non universitaires

8.2.5.1 Obligation de formation

La grande majorité des participants approuve le chapitre consacré aux professions de la santé non universitaires. Toutes les catégories de destinataires soutiennent expressément l'obligation de formation. Ils saluent la volonté du canton de promouvoir activement la relève et le fait qu'il fasse œuvre de pionnier à l'échelon national.

8.2.5.2 Promotion de la réinsertion professionnelle

Nombre de réactions expriment des préoccupations concernant la mise en œuvre du projet (encouragement des personnes reprenant leur activité professionnelle ou des personnes à vocation tardive, montant de l'indemnisation des prestations de formation, garde des enfants).

La SAP tiendra compte de ces remarques lors de la mise en œuvre du projet. Elle examinera notamment la création d'un champ d'action particulier dans le cadre de la prochaine planification des soins, puisque ce n'est que lors de celle-ci qu'une nouvelle analyse des besoins dépassant l'horizon 2020 sera effectuée.

8.3 Autres propositions concernant la mise en œuvre

8.3.1 Développement des classifications GPPH

De nombreux fournisseurs de prestations considèrent qu'il est très pertinent de fonder la planification hospitalière et l'octroi des mandats de prestations sur une classification GPPH précise, transparente et applicable. Simultanément, ils déclarent que la façon dont ces classifications sont actuellement utilisées à cette fin est susceptible de poser divers problèmes. Ils entrevoient notamment une certaine contradiction entre l'objectif d'harmonisation et de développement des classifications GPPH à l'échelon suisse et les adaptations que le canton envisage d'apporter à certaines d'entre elles. Eu égard aux répercussions de l'octroi ou du retrait d'un mandat de prestations et aux mises à jour périodiques des classifications découlant de l'évolution des connaissances, bon nombre de fournisseurs de prestations estiment que le futur processus de développement des classifications GPPH nécessite d'être ajusté.

La SAP prend note de ce souhait et en tiendra compte dans le cadre du développement des classifications GPPH. Le groupe de travail composé de représentants des fournisseurs de prestations et de la SAP sera chargé d'identifier, par exemple, les exigences qui posent problème dans les classifications actuelles. La SAP s'y emploiera également dans le cadre de la coordination et de l'harmonisation intercantionales des classifications GPPH. Ainsi, les hôpitaux auront la possibilité de soumettre régulièrement des propositions concrètes d'adaptation.

8.3.2 Monitoring et publication transparente des principaux indicateurs

De l'avis de la majorité des participants, les comptes rendus publics par site correspondent au vœu légitime de plus grande transparence du système de santé exprimé par la population. Ils soulignent cependant que cette démarche doit être simple et clairement axée sur l'utilité.

Afin que la population puisse tirer le plus grand bénéfice de la publication des principaux indicateurs, la SAP s'attachera notamment à ce que ceux-ci soient compréhensibles pour le plus grand nombre.

8.3.3 Planification des soins 2020

La majorité des participants considère que la planification des soins 2016 offre à la fois un état des lieux complet et une base solide pour la planification hospitalière du canton de Berne. Ils souhaitent cependant être intégrés à un stade plus précoce dans les futurs processus de planification.

La SAP a veillé à la transparence de la démarche, notamment en organisant une large consultation publique. Néanmoins, elle prend bonne note du souhait des participants et en tiendra compte tant dans la mise en œuvre du projet que lors de l'établissement des futures planifications des soins.

8.4 Principales modifications apportées suite à la consultation

8.4.1 Pas de refonte totale

Il n'a pas été nécessaire de revoir toute la planification.

8.4.2 Bilinguisme

Compte tenu du profond malentendu suscité dans la partie francophone du canton, le respect des deux langues officielles a été affirmé plus clairement dans la planification.

8.4.3 Nombreux changements mineurs

De nombreuses propositions considérées comme pertinentes ont été intégrées dans le rapport (voir p. ex. point 8.2.1.1) et certaines formulations prêtant manifestement à confusion ont été précisées (voir p. ex. point 8.2.3.1).

8.5 Prochaines étapes

La SAP a examiné attentivement les nombreux avis qu'elle a reçus et les intégrera dans la suite de la procédure et dans la mise en œuvre. Le projet tient d'ores et déjà compte des diverses suggestions et remarques des participants.

9 Proposition

Nous vous proposons d'approuver le projet d'arrêté ci-joint.

Annexe

- Arrêté du Conseil-exécutif (projet)