



**Arrêté du Grand Conseil
concernant**

- **l'initiative législative sur les sites hospitaliers et**
- **le contre-projet de modification de la loi sur les soins hospitaliers (LSH)**

Table des matières

1. Initiative	1
1.1 Dépôt et aboutissement	1
1.2 Objectif et contenu	1
1.3 Validité	1
1.4 Appréciation	3
1.5 Conséquences	5
2. Contre-projet	5
2.1 Généralités.....	5
2.2 Faisabilité.....	6
2.3 Commentaire des articles.....	6
2.4 Répercussions financières	13
2.5 Répercussions sur le personnel et l'organisation.....	13
2.6 Répercussions sur les communes.....	14
2.7 Répercussions sur l'économie.....	14
3. Synopsis.....	14
4. Proposition du Conseil-exécutif	15
Annexe : estimation des coûts induits par l'initiative et par le contre-projet.....	16

**Rapport
présenté par le Conseil-exécutif au Grand Conseil
relatif à l'arrêté du Grand Conseil
concernant l'initiative législative sur les sites hospitaliers
et le contre-projet de modification de la loi sur les soins hospitaliers (LSH)**

1. Initiative

1.1 Dépôt et aboutissement

L'initiative populaire sur les sites hospitaliers (ci-après initiative) a été déposée à la Chancellerie d'Etat le 21 janvier 2014. Sur les 26 023 signatures, 25 945 ont été déclarées valables. Selon l'article 58, alinéa 2 de la Constitution du canton de Berne du 6 juin 1993 (ConstC)¹, 15 000 signatures sont requises. L'aboutissement de l'initiative a par conséquent été constaté par le Conseil-exécutif par arrêté du 12 février 2014².

1.2 Objectif et contenu

L'initiative propose un projet de loi composé de sept articles qui contraint le canton à maintenir pendant au moins huit ans certains sites hospitaliers avec l'offre de prestations proposée au moment du dépôt. Le Grand Conseil pourra ensuite procéder à des adaptations sur proposition du Conseil-exécutif dans un arrêté soumis à la votation facultative.

1.3 Validité

Le Conseil-exécutif statue sur l'aboutissement des initiatives et le Grand Conseil sur leur validité (art. 59, al. 1 ConstC). Une initiative sera entièrement ou partiellement invalidée si elle viole le droit supérieur, est inexécutable ou ne respecte pas l'unité de la forme ou de la matière (art. 59, al. 2 ConstC).

La Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale a chargé Bernhard Rüttsche, professeur de droit public à l'université de Lucerne, d'une expertise sur la validité de l'initiative³. Ses conclusions sont les suivantes :

- L'initiative concerne l'ensemble des centres hospitaliers régionaux (CHR), Hôpital du Jura bernois (HJB) inclus, dans la mesure où leurs hôpitaux fournissent des prestations de soins aigus hospitaliers de base sur les sites mentionnés. Elle ne s'applique à l'Hôpital de l'Île que si celui-ci est désigné CHR⁴. Les institutions psychiatriques, les cliniques privées, les cliniques de réadaptation et les maisons de naissance n'entrent pas dans le champ d'application.
- L'initiative garantit le maintien des sites, mais pas de chaque hôpital public. Le canton peut modifier le nombre de ces derniers tant qu'il existe au moins un établissement par site. Il peut aussi adapter leur forme juridique, leur organisation et les rapports de propriété.
- L'objet de l'initiative est conforme au droit supérieur.

¹ RSB 101.1

² ACE n° 139/2014

³ Bernhard Rüttsche, *Rechtsgutachten : Übereinstimmung der Berner Standortinitiative vom 21. Januar 2014 mit übergeordnetem Recht und kantonalem Gesetzesrecht*, Lucerne, 11 juin 2014 (<http://bit.ly/15YG889>)

⁴ Art. 16, al. 3 de la loi du 13 juin 2013 sur les soins hospitaliers (RSB 812.11)

- En cas d'adoption, l'initiative est à mettre en œuvre sans contrevenir au principe de la concurrence qui sous-tend la législation fédérale sur l'assurance-maladie et qui est garanti par la Constitution fédérale.
- Les instruments prévus par la législation actuelle pour l'exercice des droits d'exploitation et de propriété ainsi que pour le financement (notamment les contributions cantonales) permettent au moins partiellement d'exécuter l'initiative sans violer le droit fédéral. Celle-ci peut donc être déclarée valide.
- La mise en œuvre atteindrait cependant ses limites si un hôpital public d'un site régional ne satisfaisait plus aux exigences de la législation fédérale concernant la qualité et le caractère économique des prestations.
- L'adoption de l'initiative ne nécessite aucune adaptation de la législation sur les soins hospitaliers. Le canton devrait cependant exploiter toute la palette des instruments à sa disposition pour pouvoir répondre au mieux aux prescriptions de l'initiative. La législation fédérale ne permet en effet pas d'autres subventions en faveur des hôpitaux publics exploités sur des sites régionaux.

Le Conseil-exécutif se rallie aux conclusions de l'expertise Rüttsche, pour les motifs suivants :

Premièrement, l'initiative ne viole pas le droit supérieur ni, en particulier, les normes de la législation fédérale sur l'assurance-maladie.

Deuxièmement, elle n'est pas inexécutable, bien que sa mise en œuvre se heurte à certaines limites :

- Une procédure de surveillance est à lancer d'office si un hôpital dans le champ d'application de l'initiative ne remplit plus, ou plus que partiellement, les conditions de police sanitaire. Les mesures à prendre vont de l'avertissement au retrait de l'autorisation d'exploiter⁵. Celle-ci s'éteint par ailleurs avec la cessation de l'activité⁶. Or un hôpital ne peut être exploité sans autorisation, même si l'initiative prévoit une garantie légale d'exploitation⁷.
- Si un établissement soumis à l'initiative ne remplit plus les critères d'admission sur la liste des hôpitaux définis par la législation fédérale⁸, le Conseil-exécutif est tenu de le rayer de la liste en vertu du droit fédéral. L'hôpital perd alors le droit de facturer ses prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). En théorie, il pourrait encore être exploité comme hôpital conventionné⁹, pour autant que les assureurs-maladie soient disposés à conclure une convention tarifaire avec un établissement qui ne satisfait pas auxdits critères, ce qui semble peu probable.
- La mise en œuvre de l'initiative dépend également des moyens dégagés par le canton pour les autres contributions¹⁰ en faveur des hôpitaux entrant dans son champ d'application. Les subventions cantonales peuvent en effet uniquement être octroyées sur la base d'un crédit budgétaire et d'une autorisation de dépenses¹¹.

⁵ Cf. art. 118 ss LSH

⁶ Art. 123, al. 2 LSH

⁷ Art. 2 de la loi sur les sites hospitaliers selon l'initiative

⁸ Art. 39, al. 2^{ter} de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) et art. 58b de l'ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102)

⁹ Art. 49a, al. 4 LAMal

¹⁰ Cf. art. 59 ss LSH

¹¹ Art. 43 de la loi du 26 mars 2002 sur le pilotage des finances et des prestations (LFP ; RSB 620.0)

Troisièmement, l'initiative est conçue comme un projet rédigé de toutes pièces. L'unité de la forme est donc respectée.

Quatrièmement, elle vise à assurer suffisamment de soins hospitaliers de qualité, dispensés de manière économique. Elle entend à cet effet garantir l'exploitation d'hôpitaux publics sur certains sites géographiques. Le but et le contenu de l'initiative présentant un lien de connexité matérielle, l'unité de la matière est également respectée.

Au vu de ce qui précède, l'initiative peut être déclarée valide et, partant, être soumise au vote populaire.

1.4 Appréciation

L'initiative propose un nouveau texte de loi couvrant partiellement la même matière que la LSH. Si une telle procédure est juridiquement possible, elle risque d'entraîner des incohérences et des difficultés de mise en œuvre.

La récente révision de la LSH se fonde sur la modification partielle de la LAMal de 2007 concernant le financement hospitalier, qui visait en particulier les objectifs suivants : maîtrise des coûts, financement social, redéfinition des interactions entre planification et concurrence, libre circulation des assurés et des assurées et égalité de traitement entre établissements répertoriés. C'est à cette fin qu'ont été introduits le libre choix de l'hôpital, la rémunération liée aux prestations et le financement dual fixe. Ces instruments favorisant la concurrence – obligatoires – ont été intégrés dans la LSH révisée¹². Or la garantie de l'exploitation de certains hôpitaux publics prévue par l'initiative va à l'encontre du principe de libre concurrence. Elle vise à préserver les structures sans considérer suffisamment les exigences qualitatives et économiques que les hôpitaux ont à remplir.

Conformément à l'article 41 ConstC, le canton et les communes veillent à ce que l'assistance médicale et paramédicale soit suffisante et économiquement supportable. Le canton assure l'emploi efficace et économique des ressources publiques grâce à la planification et à un système de financement judicieux. De son côté, la garantie de l'exploitation inscrite dans l'initiative risque de faire investir des fonds publics dans le maintien de structures sans pour autant améliorer la couverture en soins.

Par ailleurs, une grande densité hospitalière ne suffit pas à elle seule à répondre aux besoins en soins de la population. Il faut bien plutôt un ensemble de services résidentiels et ambulatoires coordonnés. Le traitement hospitalier doit avoir lieu dans un établissement disposant du personnel et de l'infrastructure nécessaires pour fournir la prestation avec la qualité et l'économicité requises.

En outre, la garantie de l'exploitation prévue par l'initiative ne peut légitimement primer la protection de la population par les mesures de police sanitaire. Tous les hôpitaux situés dans le canton de Berne doivent être titulaires d'une autorisation d'exploiter¹³. Pour l'obtenir, ils doivent remplir des exigences minimales en ce qui concerne le traitement médical et les soins ainsi que les locaux et les équipements médicaux¹⁴. L'autorisation doit leur être retirée si les conditions ne sont plus remplies¹⁵. Cela étant, l'initiative ne contribue pas au respect des

¹² Cf. p. 5 ss du rapport du 16 janvier 2013 présenté par le Conseil-exécutif au Grand Conseil concernant la révision de la loi sur les soins hospitaliers et celle du décret sur les émoluments du Grand Conseil et du Conseil-exécutif

¹³ Art. 119 LSH

¹⁴ Art. 39, al. 1, lit. a à c LAMal ; art. 120 LSH

¹⁵ Art. 123 LSH

normes minimales de police sanitaire, avec lesquelles la garantie de l'exploitation risque bien plutôt de se trouver en conflit.

L'initiative ne peut pas non plus passer outre les exigences minimales fixées par la législation sur l'assurance-maladie en ce qui concerne la liste des hôpitaux, dès lors que le droit fédéral prime¹⁶. La conformité aux besoins, la qualité, le caractère économique et l'accessibilité sont des critères qui s'appliquent aussi aux hôpitaux dont l'exploitation est garantie¹⁷. Tout établissement qui ne les remplit pas est à l'exclusion de la liste des hôpitaux. Garantie de l'exploitation ne rime pas avec qualité et économie. Là aussi, des conflits ne sont pas exclus.

Sans compter que cette garantie a son coût. L'alourdissement de la facture du canton probablement entraîné par la mise en œuvre de l'initiative ne peut être estimé que grossièrement et schématiquement, sur la base de suppositions (voir modèle et paramètres en annexe).

Selon l'hypothèse choisie, le surcoût annuel oscille entre 26 et 110 millions de francs par an. Compte tenu de la durée du moratoire exigé (période d'adaptation de deux ans incluse), il en résulte un coût global de 257 à 1104 millions de francs sur dix ans.

Or l'initiative ne propose aucune nouvelle source de financement. Il conviendrait donc de recourir aux instruments existants :

- Les tarifs prescrits par la LAMal servent à rémunérer le traitement hospitalier et sont liés aux prestations¹⁸. Ils ne comprennent pas les parts que représentent les coûts du maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale¹⁹. La préservation des structures ne peut donc pas être financée par une augmentation des tarifs. Des facteurs de coût spécifiques comme l'absence d'économies d'échelle ou des surcroûts de dépenses dus à des raisons géographiques pourraient certes être pris en compte dans la formation des prix²⁰. Mais ces questions tarifaires sont controversées et n'ont pas encore été réglées par le Tribunal administratif fédéral.
- Les autres contributions prévues par la LSH sont exclusivement des montants laissés à la libre appréciation de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale, pour lesquels il n'existe pas de droit acquis²¹. En cas d'adoption de l'initiative, l'expert consulté estime que le canton serait tenu de verser des contributions au sens des articles 59 ss LSH dans la mesure où ce serait indispensable pour garantir la couverture en soins de base exigée, pour autant que les conditions d'octroi soient réunies²². La LSH prévoit certes la possibilité d'indemniser les prestations de base fixes²³. Mais une telle contribution présuppose notamment la nécessité de l'établissement concerné pour la couverture en soins et son efficacité. Elle ne peut uniquement servir à maintenir les structures. Une réglementation sur le financement de la garantie de l'exploitation fait défaut dans l'initiative.

Par ailleurs, celle-ci n'a aucun effet sur la pénurie aiguë et croissante de personnel dans le domaine de la santé. L'exploitation ne peut être garantie sans effectif qualifié. Si un hôpital

¹⁶ Art. 3 et 42 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. ; RS 101)

¹⁷ Art. 39, al. 1, lit. d et al. 2^{ter} LAMal ; art. 58a ss OAMal

¹⁸ Art. 49, al. 1 LAMal

¹⁹ Art. 49, al. 3, lit. a LAMal

²⁰ Rüttsche, op. cit., n. 54 et Eva Druey Just, *Was sind gemeinwirtschaftliche Leistungen ?* in : Jusletter du 26 janvier 2015

²¹ Art. 59 ss LSH

²² Rüttsche, op. cit., n. 55

²³ Art. 67 ss LSH

d'un site régional ne dispose plus du personnel qualifié nécessaire, il pourra, selon les cas, se voir retirer son autorisation d'exploiter et ses mandats sur la liste des hôpitaux.

En résumé, le Conseil-exécutif constate que l'initiative ne permet pas d'améliorer la couverture en soins de la population, qu'elle ne peut guère être financée par les mécanismes existants et qu'elle risque d'occasionner des conflits avec les instruments de pilotage prévus par les législations cantonale et fédérale. Il propose donc de la rejeter.

1.5 Conséquences

L'adoption de l'initiative aurait concrètement les conséquences suivantes :

Maintien d'un hôpital par site régional	La ville de Berne devrait conserver un hôpital public.
Garantie de la couverture des besoins en soins hospitaliers de base sur chaque site régional	Le service des urgences de Langnau devrait être rouvert.
Préservation de l'offre de prestations existant lors du dépôt de l'initiative (février 2014)	La maternité de l'hôpital de Zweisimmen devrait être rouverte.
Réouverture de la maternité de l'hôpital de Riggisberg	

2. Contre-projet

2.1 Généralités

Fondé sur le contenu de l'initiative, le contre-projet ne comporte pas d'élément fondamentalement nouveau ou différent. Il reprend les revendications de l'initiative en les replaçant dans le contexte de son objet et de son but.

Le contre-projet est plus exécutable que l'initiative. Il prend en effet en considération les exigences de la législation fédérale sur l'assurance-maladie, et plus spécifiquement les critères de la qualité et du caractère économique des prestations. Il garantit aussi l'égalité de traitement entre tous les hôpitaux répertoriés, quel que soit leur organisme responsable.

Si l'initiative vise en premier lieu la population des régions périphériques, un contre-projet doit englober l'ensemble des habitants et habitantes du canton.

Le contre-projet fait siens les besoins sous-jacents à l'initiative en proposant des solutions à la fois réalisables et porteuses d'avenir. Ainsi, la question de la garantie des soins de santé – assurée sous la forme d'un hôpital (local) dans l'initiative – est traitée par le contre-projet compte tenu des contraintes financières et du personnel qualifié nécessaire. Le contre-projet ne grave pas de structures ou d'offres de prestations dans le marbre, mais laisse la latitude requise pour s'adapter à la réalité et à la nouvelle donne. Enfin, il prévoit une consultation de la population locale lors de la définition de l'offre de prestations.

2.2 Faisabilité

Il revient au Grand Conseil d'arrêter le projet de loi et, partant, de débattre de l'offre de prestations. Ce faisant, il devra tenir compte du fait que même une offre hospitalière ancrée dans la loi doit respecter les dispositions supérieures de la législation fédérale sur l'assurance-maladie relatives à la qualité et au caractère économique des prestations. De plus, les ressources requises pour le maintien de l'offre doivent être disponibles, en particulier le personnel qualifié nécessaire. Les exploitants des hôpitaux ont en tout temps le droit et l'obligation de demander une modification de l'offre de prestations (palette ou sites) si les conditions de travail ou la couverture en soins sont menacées. C'est pourquoi le contre-projet renonce à introduire un moratoire de l'offre ou un délai d'adaptation.

La modification de l'offre – à demander par l'exploitant de l'hôpital après consultation des communes – requiert une décision du Conseil-exécutif, sur proposition de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale.

Cette dernière et le gouvernement ont à traiter les demandes rapidement et, le cas échéant, à les transmettre au Grand Conseil pour décision. Lors de leur examen, il convient de considérer non seulement la couverture en soins mais aussi la qualité et le caractère économique des prestations. Si la qualité ne peut pas ou plus être assurée, l'offre doit pouvoir être suspendue ou transférée, dans l'intérêt de la sécurité de la patientèle. Le Grand Conseil statue de manière finale sur une modification de l'offre proposée par les CHR de par la loi, sous réserve d'un référendum.

Les conséquences financières d'une adoption sont très difficiles à estimer, qu'il s'agisse de l'initiative ou du contre-projet. Il s'agit là d'un argument de plus en faveur de ce dernier : comme celui-ci ne prévoit aucun moratoire, une modification de l'offre de prestations est possible pour des raisons de politique financière. Le Conseil-exécutif et le Grand Conseil pourraient procéder aux mesures correctives requises en cas de risque financier.

Toute adaptation de l'offre de prestations allant au-delà des dispositions du contre-projet incombe comme jusqu'ici au Conseil-exécutif. Celui-ci arrête ainsi la liste des hôpitaux et attribue les mandats de prestations par voie de décision, sur la base de la planification des soins, conformément aux critères de la législation fédérale sur l'assurance-maladie (conformité aux besoins, qualité, économicité, accessibilité), à préciser dans l'ordonnance du 23 octobre 2013 sur les soins hospitaliers (OSH)²⁴, comme le prévoit l'article 18, alinéa 2 LSH.

2.3 Commentaire des articles

Article 15a

Il ressort de l'initiative que les hôpitaux publics doivent répondre à d'autres attentes que les établissements privés. Ils sont ainsi censés remplir une mission de service public, c'est-à-dire assurer la couverture des besoins en soins, garantie par la Constitution, et ce sans restriction d'ordre économique.

Lors de l'introduction de la loi sur les soins hospitaliers de 2005, les anciens hôpitaux de district et hôpitaux régionaux ont été regroupés pour constituer des CHR, gérés sous forme de sociétés anonymes de droit privé dont le canton est l'actionnaire unique ou majoritaire²⁵. Il

²⁴ RSB 812.112

²⁵ La fondation Wildermeth détient une part de moins de 1 pour cent dans le Centre hospitalier Biemme SA (CHB SA). Le canton est seul actionnaire et propriétaire de tous les autres CHR (fmi AG, HJB SA, RSE AG, SNBe AG, SRO AG, STS AG).

revient à ces derniers d'assurer la couverture des besoins de la région en soins hospitaliers de base (art. 15, al. 1 LSH). Il apparaît dès lors logique de reprendre dans le contre-projet la revendication principale sous-jacente à l'initiative sur les sites hospitaliers, à savoir définir concrètement les sites hospitaliers et leur offre de prestations.

Tous les sites énumérés dans l'initiative sont mentionnés, avec la même répartition entre sites principaux et sites secondaires. Le terme de sites « locaux » est adopté pour éviter toute confusion avec les centres hospitaliers régionaux. Par ailleurs, un site secondaire présuppose un site principal, ce qui n'est pas le cas des hôpitaux de Saint-Imier et de Moutier, de sorte que ce terme ne serait pas approprié.

L'alinéa 3 permet de respecter le principe de subsidiarité. Un CHR n'est pas tenu d'exploiter un hôpital si une offre équivalente est déjà proposée sur le site mentionné à l'alinéa 1 ou 2 par un autre fournisseur de prestations, c'est-à-dire par un hôpital répertorié titulaire du mandat de prestations voulu. La subsidiarité favorise la concurrence, évite l'exclusion d'autres fournisseurs de prestations et empêche un monopole des soins par les CHR.

Article 15b

De manière analogue à ce qui est souhaité dans l'initiative, les fournisseurs ont à assurer une palette de prestations donnée, qui diffère selon le type de site.

Sur les sites principaux, les CHR doivent proposer toute la palette des soins hospitaliers de base, gynécologie et obstétrique incluses. Ils ont également à garantir le traitement des urgences dans tous ces domaines, ce qui implique en particulier la réalisation d'opérations 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Sur les sites locaux, les CHR n'ont à assurer que les prestations de base indispensables à la couverture en soins. En font partie les prestations générales de médecine interne et de chirurgie. Les patients et les patientes doivent également pouvoir être admis en urgence et recevoir les premiers soins 24 heures sur 24 pendant toute l'année. Si le traitement proprement dit ne peut être prodigué sur place, un transfert immédiat dans un hôpital approprié doit pouvoir être organisé dans les délais requis. Sont réservées les directives de la planification des soins²⁶ ainsi que les exigences en matière de structures, de qualifications et de processus posées pour l'attribution d'un mandat de prestations sur la liste des hôpitaux²⁷.

Cette garantie des prestations permet de répondre au besoin de la population de bénéficier d'une certaine sécurité des soins tout en assurant la conformité avec les directives et recommandations cantonales, intercantionales et nationales. Elle repose sur la planification des soins selon la LSH, sur les recommandations de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) concernant la systématique des mandats de prestations sur la liste des hôpitaux ainsi que sur les dispositions pertinentes de la législation fédérale sur l'assurance-maladie, en particulier l'article 39 LAMal et les articles 58a ss OAMal.

L'alinéa 3 tient compte du principe de subsidiarité, par analogie avec l'article 15a, alinéa 3. Un CHR n'est ainsi pas tenu de proposer les prestations obligatoires mentionnées aux alinéas 1 et 2 si celles-ci le sont déjà par un autre fournisseur, c'est-à-dire un hôpital répertorié bénéficiant d'un mandat en la matière sur le site en question. Cette disposition s'applique particulièrement à la ville de Berne, qui dispose d'une offre suffisante en gynécologie et obstétrique

²⁶ Un hôpital doit pouvoir être atteint en 30 minutes par 80 pour cent de la population (ratio d'intervention 80/30) et l'hôpital de soins aigus fournissant les soins de base le plus proche est sis à une distance maximale de 50 kilomètres du centre des localités.

²⁷ Exigences qualitatives définies dans la classification des groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH)

hospitalières. Là aussi, la subsidiarité favorise la concurrence en laissant la porte ouverte aux autres fournisseurs de soins hospitaliers, qui ne sont ainsi pas victimes d'un monopole des CHR.

L'alinéa 4 signifie que la garantie des prestations ne peut déployer ses effets que dans le cadre délimité par les dispositions de la législation fédérale sur les listes des hôpitaux. Comme indiqué au point 1.3 sur la validité de l'initiative, le Conseil-exécutif est tenu d'exclure de la liste les établissements qui ne respectent plus les critères de la législation fédérale sur l'assurance-maladie (qualité et caractère économique des prestations, en particulier). Il pourrait donc arriver qu'un site et une offre de prestations doivent être maintenus conformément à la législation cantonale, mais que les prestations ne puissent pas ou plus être facturées à la charge de l'AOS, dès lors que le droit fédéral prime.

Article 15c

L'obligation d'exploiter les hôpitaux et de fournir les prestations inscrite aux articles 15a et 15b fait perdre aux CHR une part non négligeable de leur autonomie entrepreneuriale. Il n'en demeure pas moins qu'il leur incombe de respecter les critères de la qualité et du caractère économique pour pouvoir continuer à facturer leurs prestations à la charge de l'AOS. Selon la LAMal, seules les prestations d'intérêt général peuvent faire l'objet d'une contribution des pouvoirs publics, en l'occurrence le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale. Une gestion économique est donc en principe possible même en cas de surcapacité. La marge de manœuvre est plus limitée en ce qui concerne la qualité : en cas de sous-effectif, le mandat de prestations ne peut plus être rempli pour des raisons de sécurité. Le personnel spécialisé des hôpitaux dont la patientèle est insuffisante risque soit d'aller voir ailleurs soit de manquer de routine. Il faut éviter le risque qu'un hôpital contourne les prescriptions du droit de l'emploi ou soit contraint de travailler avec un effectif inadéquat. Les CHR doivent donc avoir la possibilité de renoncer aux prestations obligatoires au profit d'autres établissements. Un moratoire tel que celui prévu par l'initiative est irréaliste et peu judicieux.

L'alinéa 1 porte sur le devoir d'information incombant à un CHR qui doit renoncer à exploiter un hôpital visé à l'article 15a ou à proposer des prestations prévues à l'article 15b. Dans le premier cas, l'ensemble de l'offre tombe ; dans le second cas, l'hôpital est maintenu dans la mesure où les autres prestations remplissent les exigences en matière de qualité et d'économicité. Le CHR concerné doit aviser la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale en lui fournissant les justificatifs requis pour que celle-ci puisse vérifier la légitimité d'une modification de l'offre. Le cas échéant, elle transmet la question au Conseil-exécutif pour décision. L'alinéa 2 vise à permettre aux personnes directement touchées de s'exprimer, comme souhaité par les initiants. A cet effet, le CHR doit joindre l'avis des communes municipales de la région, qui sont libres d'organiser la consultation à leur guise. L'avis peut aussi être présenté par des conférences régionales, l'essentiel étant que les habitants et habitantes de la région soient entendus.

Si le Conseil-exécutif estime qu'il y a lieu d'agir, sur la base des informations du CHR et des propositions de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale, il convient de prendre les mesures qui s'imposent. Celles-ci peuvent varier selon la situation, de même que le délai. La législation cantonale prévoit différents instruments allant de la modification du mandat de prestations sur décision du gouvernement à l'adaptation de l'offre de prestations prévue aux articles 15a et 15b par le Grand Conseil en passant par la conversion de l'autorisation d'exploiter en autorisation provisoire, voire à son retrait par l'autorité compétente. Il convient de distinguer entre les mesures de droit cantonal et celles de droit fédéral : les premières concernent les aspects de police sanitaire qui font l'objet de l'autorisation

d'exploiter, avec les droits et les devoirs qui vont de pair. Quant aux secondes, elles portent sur l'octroi ou le retrait des mandats de prestations qui permettent de facturer à la charge de l'AOS. Si les deux instruments formulent des conditions identiques²⁸, leur fonction et leur effet sont très différents : l'autorisation du canton est la condition préalable à l'exploitation d'un hôpital, alors que le mandat de droit fédéral autorise « uniquement » le financement des prestations à la charge de l'AOS²⁹.

Le contre-projet, pour sa part, ne prévoit pas de remettre sur pied une offre de prestations antérieure telle que la maternité de Riggisberg. Les CHR doivent pouvoir développer leurs exploitations et les adapter à la nouvelle donne, qu'elle relève de l'économie, de la science ou du marché du travail. La création d'un système de soins hospitaliers durable, tourné vers l'avenir, ne doit pas être entravée par le maintien forcé de structures obsolètes. Ainsi, un CHR peut proposer des prestations supplémentaires ou rouvrir un service fermé sur l'un de ses sites, pour autant que les exigences qualitatives soient remplies, que les prestations couvrent leurs coûts et que le besoin soit attesté. Des demandes d'adaptation des mandats peuvent être soumises en tout temps au Conseil-exécutif. Cette règle vaut aussi pour la maternité de l'hôpital de Zweisimmen.

Article 26

Les communes ne sont pas consultées sur la palette des soins aigus somatiques de base. Mais elles doivent pouvoir « acheter » d'autres prestations, qu'elles soient situées en amont ou en aval de la chaîne des soins ou qu'il s'agisse de tâches de coordination ou de mise en réseau. L'article 26 LSH actuel permet déjà aux CHR d'exercer des activités pour des tiers lorsque celles-ci sont matériellement proches de leurs mandats ou de leurs tâches. Le nouvel alinéa 2, lettre *b* précise que ces tiers peuvent être des communes, des syndicats de communes ou des conférences régionales (les adaptations de la phrase introductive et de la lettre *a* sont uniquement d'ordre rédactionnel).

Le canton prend ici un risque non négligeable. En introduisant cette nouvelle « clientèle », il admet expressément un segment d'activités commerciales qui peuvent tout à fait avoir des incidences sur la situation économique de l'entreprise, alors que c'est lui qui en assume les conséquences financières en sa qualité de propriétaire. Un investissement effectué en faveur de la collectivité locale peut ne générer aucune valeur ajoutée, par exemple. Ce risque peut cependant être considéré comme une contrepartie au fait que les communes n'ont pas leur mot à dire sur la palette des soins de base ; il est acceptable dès lors qu'il peut mener à une amélioration de la prise en charge de la population locale.

Articles 67 et 68

Sans même aborder la question du financement, les initiants laissent entendre que la conservation de sites et de leurs prestations revient moins cher que la centralisation et la rationalisation de l'offre. Il serait cependant illusoire de croire que les soins hospitaliers ainsi garantis peuvent s'autofinancer.

Depuis 2012, le financement hospitalier obéit aux nouvelles règles fixées dans la LAMal. Les soins hospitaliers au sens étroit sont uniquement couverts par les tarifs négociés entre assu-

²⁸ Les exigences en matière d'exploitation figurant à l'article 39, alinéa 1, lettres *a* à *c* LAMal et celles inscrites à l'article 120 LSH et aux articles 42 à 44 OSH se recourent en bonne partie.

²⁹ Berne compte ainsi des cliniques privées qui ne figurent pas sur la liste des hôpitaux et dont les prestations sont exclusivement financées par les patients, les patientes et les assurances complémentaires.

reurs-maladies et fournisseurs de prestations, payés pratiquement à parts égales (45 : 55) par l'assurance de base et par le canton de résidence. Ces tarifs incluent la rémunération des coûts d'utilisation des immobilisations (infrastructure) ainsi que la formation aux professions de la santé non universitaires. La LAMal ne tolère plus l'ancien régime de couverture du déficit par les pouvoirs publics³⁰. Seules les prestations d'intérêt général peuvent encore faire l'objet de subventions. En font notamment partie la formation postgrade en médecine et le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale.

Les hôpitaux sont depuis lors soumis à une concurrence tarifaire nationale. Les prix de base fixés en dernière instance par le Tribunal administratif fédéral sont généralement inférieurs aux coûts par cas attestés, parfois même très nettement. Les CHR sont contraints de s'adapter pour se faire leur place sur le marché. Une palette de prestations imposée ne leur laisse toutefois pas la latitude requise. Le maintien de la structure hospitalière bernoise actuelle nécessite donc obligatoirement un financement supplémentaire, estimé à plusieurs dizaines de millions de francs.

L'article 67 en vigueur règle l'indemnisation des prestations hospitalières nécessaires à la couverture en soins dont le coût ne peut être couvert faute d'une demande suffisante, malgré une saine gestion économique (prestations de base fixes). L'octroi des subventions cantonales correspondantes est laissé à l'appréciation de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale.

L'offre de prestations à assurer selon les articles 15a et 15b répond à des considérations de politique régionale. Les frais ainsi occasionnés ne peuvent donc pas sans autre être couverts par les rémunérations que les assureurs-maladie et les cantons sont tenus de verser en vertu de la LAMal³¹. Cette dernière, toutefois, n'empêche en rien les cantons de prendre en charge cette part des coûts³².

Il convient donc d'établir une réglementation différenciée concernant l'indemnisation des prestations de base fixes effectuée pour des raisons de politique régionale, d'une part, et en raison de leur nécessité pour la couverture en soins, d'autre part. C'est pourquoi ces deux aspects sont traités séparément, aux articles 67 et 68 respectivement.

L'indemnisation des prestations de base fixes pour des raisons de politique régionale n'est possible que pour les CHR tenus de garantir l'offre de prestations figurant à l'article 15b et elle se limite à cette offre. Les établissements concernés y ont légalement droit, à condition toutefois que malgré une exploitation efficace, les prestations en question ne puissent pas être financées par les contributions d'assurances et celles des patients et patientes finançant personnellement leur séjour. Vu l'existence de ce droit, les montants en question sont à verser hors crédit-cadre³³.

L'indemnisation de prestations de base fixes nécessaires à la couverture en soins est possible pour tous les hôpitaux et maisons de naissance répertoriés, mais elle ne constitue pas un droit³⁴. Les conditions posées sont l'efficacité (comme à l'art. 67, al. 2) et la nécessité desdites prestations pour la couverture en soins.

³⁰ Art. 49a LAMal

³¹ Art. 49, al. 3, lit. a LAMal

³² Rüsche, op. cit., n. 54, 56

³³ Cf. commentaires relatifs à l'art. 139

³⁴ Comme pour toutes les autres subventions cantonales selon la LSH

Les prestations de base fixes sont indemnisées sous forme de forfaits sur la base de valeurs normatives, dans le but d'inciter à l'efficience (cf. art. 69 OSH). En effet, les prescriptions de la LAMal et de la LSH sur la qualité et le caractère économique s'appliquent aussi aux prestations de base fixes, notamment celles qui concernent la mise à disposition du personnel qualifié nécessaire. Ces facteurs sont à prendre en compte lors de l'évaluation des demandes. Par conséquent, la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale doit développer un mécanisme de calcul des coûts transparent et compréhensible (analogue au modèle des coûts normatifs adopté pour les services de sauvetage, p. ex.).

Variante 1: taxe compensatoire et fonds de financement des prestations de base fixes nécessaires pour des raisons de politique régionale

Article 81a

Un fonds de compensation reposant sur la solidarité entre hôpitaux est créé pour réunir les fonds requis par la fourniture des prestations imposées par la loi requises pour des raisons de politique régionale³⁵.

Alinéa 1

Dans le cadre de leurs mandats de prestations, les hôpitaux répertoriés assument les tâches publiques qui leur sont conférées. Dans le domaine des assurances complémentaires, ils agissent en revanche selon les principes de l'économie privée. Si les hôpitaux répertoriés proposent des prestations relevant des assurances complémentaires, ils peuvent recourir à du personnel qualifié et profiter d'une infrastructure de base cofinancée par le canton, l'assurance-maladie obligatoire et d'autres assurances sociales (assurance-accidents, assurance-invalidité ou assurance militaire) : bâtiments, installations, équipements, appareils, etc. De plus, ils sont libres de fixer les prix et peuvent convenir de rémunérations leur laissant une marge bénéficiaire parfois élevée, ce qui n'est pas admissible dans le domaine de l'AOS, vu l'article 59c OAMal³⁶. Or chaque patient et patiente en complémentaire bénéficie aussi de l'AOS, qui couvre le coût du « traitement de base ». Lorsque les soins sont payés par le patient, la patiente ou l'assurance complémentaire, le rendement dégagé profite entièrement à l'hôpital. Tous les établissements répertoriés n'ont cependant pas la possibilité de facturer de telles prestations. La part des assurés et assurées complémentaires est nettement moins importante dans ceux qui proposent seulement les soins de base et dans les régions rurales que dans les zones urbaines et dans les institutions spécialisées (orthopédie du sport p. ex.). Les articles 15a et 15b limitent le choix du site et de l'offre de prestations et, partant, la possibilité des CHR de générer des rendements supplémentaires, d'où la compensation solidaire inscrite à l'article 81a. La taxe compensatoire est à prélever annuellement.

Alinéa 2

La taxe compensatoire s'élève au maximum à 20 pour cent des revenus déterminants provenant des assurances complémentaires. Concrètement, un hôpital encaissant à ce titre trois millions de francs devra verser au plus 600 000 francs. Le Conseil-exécutif est habilité à fixer le montant de la taxe jusqu'à concurrence de ce plafond par voie d'ordonnance, en se fondant sur deux critères : celle-ci doit être suffisamment élevée pour compenser efficacement les

³⁵ Cette réglementation correspond à celle qui était prévue lors de la révision de la LSH de 2014 (cf. rapport du Conseil-exécutif du 16 janvier 2013 précité).

³⁶ Même si cette règle a été quelque peu relativisée par l'arrêt de principe du Tribunal administratif fédéral C-1698/2013 du 7 avril 2014.

distorsions de concurrence, mais ne pas être excessive, sans quoi les hôpitaux répertoriés ne seraient plus incités à fournir des prestations relevant des assurances complémentaires.

Article 81b

Le produit de la taxe compensatoire est versé au fonds de financement des prestations de base fixes nécessaires pour des raisons de politique régionale, qui est géré comme un financement spécial au sens de l'article 14 LFP. Comme prévu à l'alinéa 5 de cet article, la totalité des frais occasionnés par la gestion du fonds est imputée à ce dernier. Le Grand Conseil peut fixer le montant maximal du fonds par voie d'arrêté, ce qui permet d'éviter une suralimentation. Les excédents sont attribués au compte de fonctionnement de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale.

Variante 2 : hausse de la quotité d'impôt et fonds de financement des prestations de base fixes nécessaires pour des raisons de politique régionale

Article 81a

Les fonds requis par la fourniture des prestations imposées par la loi sont réunis par le prélèvement d'un impôt additionnel (analogue à l'ancienne dîme hospitalière). Le financement par le biais de la hausse de la quotité des impôts directs se fonde sur le principe de solidarité : tous les citoyens et toutes les citoyennes du canton contribuent aux soins hospitaliers même s'ils ne profitent pas directement des prestations de base fixes d'un site motivées par des considérations de politique régionale.

Un centième correspond environ à un produit de l'impôt de 14 millions de francs. Trois centièmes sont donc nécessaires pour pouvoir couvrir le montant annuel de quarante à cinquante millions de francs escompté.

Toute augmentation de la quotité d'impôt qui induit globalement un accroissement des recettes fiscales du canton nécessite l'approbation de la majorité des membres du Grand Conseil³⁷.

Article 81b

La part prévue de la quotité d'impôt est versée au fonds de financement des prestations de base fixes nécessaires pour des raisons de politique régionale, qui est géré comme un financement spécial au sens de l'article 14 LFP. Comme prévu à l'alinéa 5 de cet article, la totalité des frais occasionnés par la gestion du fonds est imputée à ce dernier. Le Grand Conseil peut fixer le montant maximal du fonds par voie d'arrêté, ce qui permet d'éviter une suralimentation. Le Grand Conseil est habilité à réduire la part de la quotité d'impôt si le plafond fixé est dépassé. Les excédents sont attribués au compte de fonctionnement de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale.

Article 139

Le crédit-cadre sert à financer un nombre défini de contributions pour lesquelles il n'existe pas de droit acquis. L'indemnisation des prestations de base fixes pour des raisons de politique régionale instaurée par le contre-projet, quant à elle, constitue un droit garanti. Il faut donc en réglementer le financement séparément du crédit-cadre. Faute de quoi, ce dernier risque d'être bloqué pour le subventionnement non planifiable desdites prestations, au détriment des

³⁷ Art. 101c ConstC

contributions laissées à l'appréciation de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (destinées à la formation postgrade en médecine ou à la psychiatrie, p. ex).

Pour des raisons de politique financière, la compétence en matière d'autorisation des dépenses liées aux prestations de base fixe nécessaires pour des raisons de politique régionale est déléguée au Conseil-exécutif.

L'insertion de cette compétence à l'alinéa 3 implique la reformulation de l'alinéa 4.

Variante 2 : hausse de la quotité d'impôt et fonds de financement des prestations de base fixes nécessaires pour des raisons de politique régionale

Modification de la loi du 21 mai 2000 sur les impôts (LI) ³⁸

Selon l'article 2, alinéa 5 LI, il n'est pas perçu d'impôts additionnels. L'introduction d'un tel impôt pour le financement des prestations de base fixes nécessaires pour des raisons de politique régionale implique une exception à ce principe.

Entrée en vigueur

Comme c'est généralement le cas pour les lois, la date d'entrée en vigueur est fixée par le Conseil-exécutif.

2.4 Répercussions financières

L'adoption de l'initiative conférerait de facto un droit à l'indemnisation des prestations de base fixes, bien que la LSH laisse celle-ci à l'appréciation de l'autorité compétente³⁹. Le contre-projet inscrit ce droit dans la loi.

Le coût des prestations de base fixes dépend à la fois de l'offre (qui a notamment des incidences sur le personnel spécialisé requis), de la demande (nombre de séjours hospitaliers) et des tarifs facturables (prix de base multiplié par le degré de gravité des cas). Or il est difficile de chiffrer précisément ces trois variables en raison de leur volatilité.

L'estimation des conséquences financières pose les mêmes problèmes pour le contre-projet que pour l'initiative (voir annexe). Comme le contre-projet reprend l'ensemble des sites ainsi que l'offre de prestations des sites principaux, les incidences annuelles (24 à 108 millions de francs) ne sont que légèrement inférieures. Seule l'offre de prestations des sites locaux grève un peu moins les finances du canton, dès lors que les exigences sont moins élevées.

Si le contre-projet est comparativement plus avantageux, c'est grâce à la moindre durée de la charge supplémentaire : le cas échéant, les CHR sont tenus de prendre des mesures et de demander une modification de l'offre sans attendre. Même en se fondant sur un délai de mise en œuvre de deux ans, cette réglementation permet d'intervenir plus tôt et, partant, allège nettement la facture de l'Etat.

2.5 Répercussions sur le personnel et l'organisation

Aucune répercussion directe.

³⁸ RSB 661.11

³⁹ Art. 67 LSH ; cf. Rüttsche, op. cit., n. 55

2.6 Répercussions sur les communes

Le contre-projet permet aux communes d'influer sur l'offre de prestations, en fonction de leur capacité financière.

2.7 Répercussions sur l'économie

Les hôpitaux sont des employeurs régionaux importants : ils proposent des postes comparativement bien rémunérés et souvent des temps partiels. Un bon système de soins contribue par ailleurs à l'attrait d'une région. Mais l'importance économique de chaque site n'est pas très élevée. L'exploitation d'un établissement de soins aigus coûte extrêmement cher et est très gourmande en fonds publics. Le maintien d'un site hospitalier pour des raisons purement économiques ou des considérations de politique régionale, dans le but de maintenir des emplois, n'est pas judicieux. La préservation de sites régionaux proposant une couverture complète des besoins en soins hospitaliers de base voulu par l'initiative n'a, globalement, pas de répercussions positives sur l'économie. Le contre-projet, pour sa part, favorise des solutions flexibles pour le système de santé local. Ses incidences économiques sont meilleures.

3. Synopsis

Objet	Initiative	Contre-projet	Divergences
<i>Base légale</i>	Loi spécifique	Adaptation de la LSH	Minimes
<i>Fournisseurs de prestations</i>	Hôpitaux publics	CHR	Minimes
<i>Sites</i>	<ul style="list-style-type: none"> Sites principaux Sites régionaux 	<ul style="list-style-type: none"> Sites principaux Sites locaux 	Aucune
<i>Prestations des sites principaux</i>	Pas de réglementation	<ul style="list-style-type: none"> Médecine interne, chirurgie Gynécologie/obstétrique Traitement des urgences 	Nouvelle disposition
<i>Prestations des sites secondaires</i>	Soins hospitaliers de base : <ul style="list-style-type: none"> médecine interne, chirurgie et gynécologie/obstétrique, si déjà proposées soins aigus somatiques d'urgence 24 heures sur 24 	Paquet de base : <ul style="list-style-type: none"> médecine interne et chirurgie admission des urgences 24 heures sur 24 	Notables
<i>Bases de l'offre de prestations (subsidiarité, liste des hôpitaux)</i>	Pas de réglementation	<ul style="list-style-type: none"> Suppression de l'obligation si prestations fournies par des tiers Primauté des exigences de la liste des hôpitaux 	Nouvelle disposition
<i>Maternités de Riggisberg et de Zweisimmen</i>	A rouvrir	Pas de réglementation	Majeures

Objet	Initiative	Contre-projet	Divergences
<i>Adaptation de l'offre de prestations</i>	Décision du Grand Conseil sur proposition du Conseil-exécutif tous les 8 ans	Sur demande des CHR au Conseil-exécutif après consultation des communes Latitude du gouvernement : <ul style="list-style-type: none"> • adaptation de la liste des hôpitaux • demande de modification des articles 15a et 15b au Grand Conseil 	Majeures
<i>Intégration des communes</i>	Pas de réglementation	« Achat » de prestations aux CHR	Nouvelle disposition
<i>Financement : principe</i>	Pas de réglementation	<ul style="list-style-type: none"> • Droit à l'indemnisation des prestations de base fixes nécessaires pour des raisons de politique régionale • Détachement du crédit-cadre 	Nouvelle disposition
<i>Financement : modalités</i>	Pas de réglementation	Variante 1 : taxe compensatoire => fonds alimenté par un pourcentage des indemnités versées par les assurances complémentaires	Nouvelle disposition
		Variante 2 : impôt hospitalier => fonds alimenté par une hausse de 3/100 de la quotité d'impôt	Nouvelle disposition
<i>Entrée en vigueur</i>	Dès l'adoption par le peuple	Décision du Conseil-exécutif	Majeures

4. Proposition du Conseil-exécutif

Au vu de ce qui précède, le gouvernement propose au Grand Conseil de rejeter l'initiative populaire sur les sites hospitaliers et d'adopter le contre-projet.

Si le contre-projet n'est pas soumis au peuple, le Conseil-exécutif recommande le rejet de l'initiative.

Berne, le 12 août 2015

Au nom du Conseil-exécutif,
le président: *Käser*
le chancelier: *Auer*

Pièce jointe : estimation des coûts induits par l'initiative et par le contre-projet

Annexe : estimation des coûts induits par l'initiative et par le contre-projet

Explication

La charge financière supplémentaire à assumer par le canton découle du coût des prestations de base fixes (ci-après frais de base fixes) à prendre en charge en cas de surcapacité. Ceux-ci font partie des coûts des prestations d'intérêt général au sens de la LAMal (au titre du maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale). Les frais de base fixes sont la différence entre les charges occasionnées en cas de taux d'occupation des lits optimal et les charges entraînées par les prestations effectives. Comme les coûts d'exploitation par cas et par division sont très variables et dépendent de divers facteurs, il convenait de simplifier ; le modèle de calcul se fonde ainsi sur le préalable selon lequel le coût des prestations fournies est couvert par le tarif. En cas de sous-occupation, par contre, le volume de prestations manquant se traduit par des charges non couvertes correspondant aux frais fixes. Dans le secteur hospitalier, ces frais fixes sont estimés à 80 pour cent du coût complet (coûts d'utilisation des immobilisations inclus). Dans d'anciens arrêts, le Tribunal administratif fédéral a défini un taux d'occupation des lits inférieur à 85 pour cent comme une surcapacité. On peut donc considérer ce chiffre comme la limite inférieure d'un taux d'occupation optimal. Des valeurs supérieures – jusqu'à 90 pour cent – sont cependant tout à fait plausibles. Le taux d'occupation actuel des CHR bernois est estimé à 80 pour cent en moyenne (spécificités des sites et variations saisonnières non prises en compte). De ce point de vue, ces CHR présentent actuellement déjà un taux d'occupation insuffisant avec leurs 80 000 sorties annuelles au total et devraient par conséquent consolider leurs structures. Or l'initiative sur les sites hospitaliers empêche une telle adaptation en imposant des sites (principaux et régionaux) et des offres de prestations. Il faut donc partir du principe que la surcapacité actuelle et le déficit qui en résulte ne peuvent pas être évités et sont à assumer par le canton.

Il est impossible de déterminer précisément les coûts qui seraient induits par le maintien des capacités de chaque site, qui peuvent uniquement faire l'objet d'une estimation grossière. Celle-ci se fonde sur les coûts par cas moyens pondérés selon le degré de gravité des CHR, multipliés par le volume manquant. Là aussi, il faut se baser sur des estimations tant pour les coûts par cas (*9700 ou 10 000*) que pour le degré de gravité ou indice de casemix (*0,86 pour le contre-projet, 0,9 ou 0,92 selon l'offre de prestations*), car ces indicateurs peuvent varier fortement d'une année et d'un établissement à l'autre. Quant au volume manquant, il est établi sur la base du volume de prestations moyen actuel (*ensemble des CHR ou uniquement ceux disposant de sites régionaux*), associé respectivement à un taux d'occupation optimal (*85% et 90%*) et à une occupation réduite (*taux de 80% actuel et taux en baisse de 75%*).

Ces calculs permettent d'obtenir le coût total des prestations de base fixes de l'ensemble des CHR. Le diagramme qui suit présente les coûts induits ainsi estimés.

Modèle de calcul

Méthode et paramètres

Résultat : frais de base fixes à assumer

Frais de base fixes annuels :
$$\text{FrF} = S \cdot \frac{\text{OccAct} - \text{OccOpt}}{\text{OccEst}} \cdot \text{CMI} \cdot \text{Ccas} \cdot \% \text{FrF}$$

Frais induits par l'initiative :
$$\text{Ini} = \text{FrF} \cdot (\text{DurM} + \text{DurP})$$

Frais induits par le contre-projet :
$$\text{Cp} = \text{FrF} \cdot (\text{DurA} + \text{DurP})$$

Variables :

S	total des sorties de l'ensemble des CHR
OccAct	occupation actuelle des CHR (en %)
OccOpt	occupation optimale (en %)
OccEst	occupation estimée si l'adaptation des structures hospitalières ou de l'offre de prestations est difficile, voire impossible (en %)
CMI	degré de gravité moyen ou indice de casemix (norme)
Ccas	coûts par cas moyens (en francs)
%FrF	part des frais fixes (en %)
DurM	durée du moratoire (en années)
DurA	durée moyenne d'annonce d'une adaptation sans moratoire (en années)
DurP	durée de la procédure entre l'annonce à la SAP et la modification (en années)

Hypothèses

Variable	Source	Prémisse	Valeur	Description
S	Statistique médicale de l'OFS	Le total des sorties de l'ensemble des CHR reste stable.	80 000	Total actuel des sorties de tous les CHR
			59 000*	Nombre actuel de sorties des CHR multisites (c'est-à-dire CHB et SRO exclus), vu le besoin de consolidation
Occ Act	Statistique des hôpitaux de l'OFS et calculs de la SAP (Division Etudes et analyses)	Le taux d'occupation actuel a été évalué correctement.	80% °	Valeur initiale
Occ Opt	Arrêts du Tribunal administratif fédéral	Un taux d'occupation de 85% au minimum est toujours considéré comme conforme à la LAMal.	85%*	Occupation permettant actuellement de couvrir les coûts
			90%	Occupation plus élevée (gains d'efficience)
Occ Est	Estimation	Le maintien des capacités entraîne une diminution de l'occupation.	80%*	Surcapacité actuelle
			75%	Surcapacité accrue (déplacement des patients vers les hôpitaux non touchés)
CMI	Statistique médicale de l'OFS	Le changement annuel de groupeur SwissDRG n'a pas d'incidence négative sur le CMI des hôpitaux.	0,9*	Moyenne actuelle des CHR
			0,92**	Moyenne en cas d'offre de prestations plus complexe (soins complets)
			0,86***	Moyenne en cas d'offre de prestations réduite (soins de base)
Ccas	Prix de base négociés ou demandés selon Swiss-DRG ; relevé des CHR	Le coût reste constant.	9700.-***	Tarif couvrant le coût, pas de déficit dans la fourniture des prestations (situation visée)
			10 000.-**	Tarif ne couvrant pas le coût, subventionnement croisé avec le secteur des assurances complémentaires nécessaire (situation actuelle)
%FrF	Contrats de prestations avec les anciens hôpitaux publics (aLSH)	La part des frais fixes reste constante.	80% °	Valeur empirique (comprenant les coûts d'investissement ou coûts d'utilisation des immobilisations)

DurM	Texte de loi proposé par l'initiative sur les sites hospitaliers	Le processus est réalisé une fois dans son intégralité.	8 ans**	Durée du moratoire fixée dans l'initiative sur les sites hospitaliers
DurA	Supposition	Le processus est réalisé une fois dans son intégralité, en même temps pour tous les CHR.	2,5 ans***	Durée moyenne de la procédure d'annonce, consultation des communes incluse
DurP	Directives sur la procédure législative	La procédure ne change pas.	2 ans*	Durée moyenne d'adaptation de la base légale (loi), depuis l'annonce à l'autorité cantonale compétente jusqu'à l'entrée en force de l'arrêté

° valeur fixe

* valeur la plus plausible pour l'initiative comme pour le contre-projet

** valeur la plus plausible pour l'initiative

*** valeur la plus plausible pour le contre-projet

Résultats

Initiative

Selon les paramètres retenus, l'initiative occasionne des frais de base fixes annuels allant de 25 753 500⁴⁰ à 110 400 000 francs⁴¹. Compte tenu de la durée⁴², on aboutit à un coût total entre 257 535 000 et 1 104 000 000 francs.

Si l'on se limite aux combinaisons les plus plausibles⁴³, les frais de base fixes pourraient se monter à 73 600 000 par an au maximum, soit 736 000 000 francs au total, avec une moyenne de 49 178 250 par an et de 491 782 500 au total.

	Minimum	Maximum absolu	Maximum le plus plausible	Moyenne la plus plausible
Par an	25 753 500	110 400 000	73 600 000	49 178 250
Total	257 535 000	1 104 000 000	736 000 000	491 782 500

⁴⁰ CHR multisites, surcapacité de 5 pour cent, degré de gravité inchangé, tarif couvrant le coût (scénario de mise en œuvre le plus favorable de l'initiative)

⁴¹ Ensemble des CHR, surcapacité de 15 pour cent, degré de gravité inchangé, déficit (scénario de mise en œuvre le plus défavorable de l'initiative)

⁴² 8 ans + 2 ans = 10 ans dans tous les scénarios de mise en œuvre de l'initiative

⁴³ Scénario le plus favorable selon note 40 ; scénario défavorable le plus réaliste : surcapacité de 10 pour cent. Variantes :

- paramètres du scénario le plus favorable, mais pour l'ensemble des CHR ;

- CHR multisites, surcapacité de 10 pour cent, degré de gravité inchangé, déficit ;

- idem pour l'ensemble des CHR ;

- surcapacité de 5 pour cent, degré de gravité accru, tarif couvrant le coût, et ce pour l'ensemble des CHR.

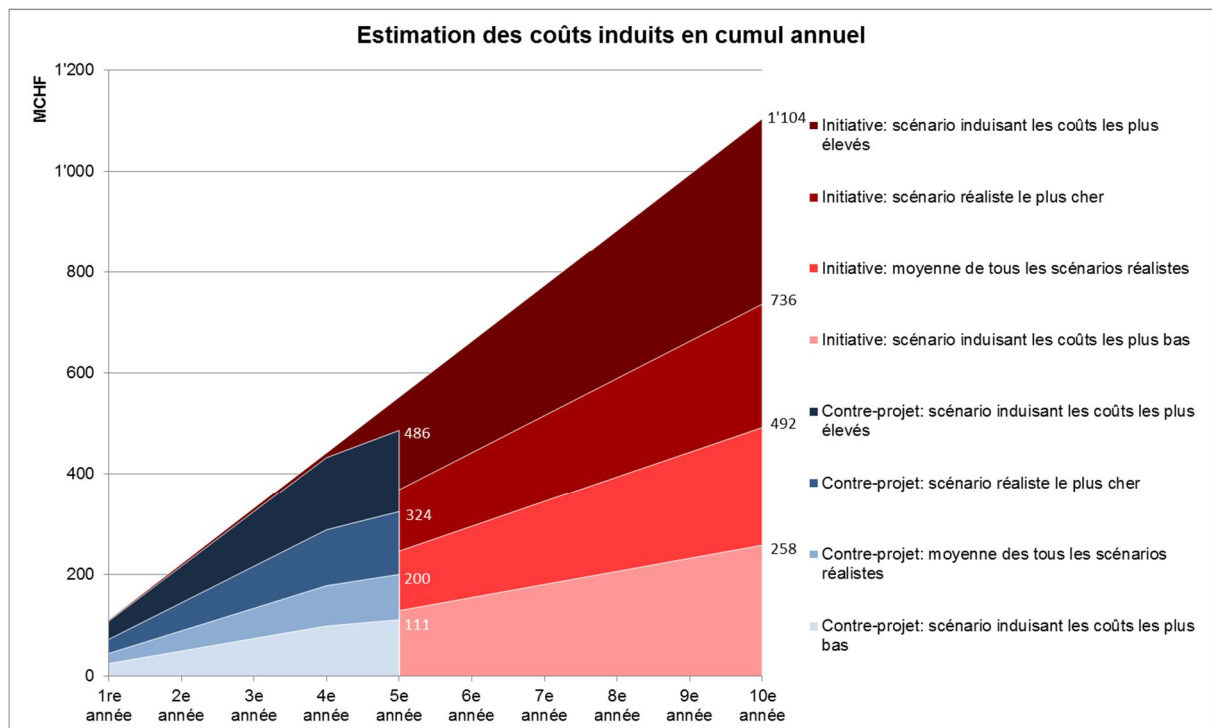
Contre-projet

Selon les paramètres retenus, le contre-projet occasionne des frais de base fixes annuels allant de 24 608 900⁴⁴ à 108 000 000 francs⁴⁵. Compte tenu de la durée⁴⁶, on aboutit à un coût total entre 110 740 050 et 486 000 000 francs.

Si l'on se limite là aussi aux combinaisons les plus plausibles⁴⁷, les frais de base fixes pourraient se monter à 72 000 000 par an au maximum, soit 324 000 000 francs au total, avec une moyenne de 44 443 886 par an et de 199 997 486 francs au total.

	Minimum	Maximum absolu	Maximum le plus plausible	Moyenne la plus plausible
Par an	24 608 900	108 000 000	72 000 000	44 443 886
Total	110 740 050	486 000 000	324 000 000	199 997 486

Le graphique ci-après illustre la fourchette des coûts induits par l'initiative et par le contre-projet selon les diverses combinaisons des paramètres de calcul.



⁴⁴ CHR multisites, surcapacité de 5 pour cent, degré de gravité réduit, tarif couvrant le coût (scénario de mise en œuvre le plus favorable du contre-projet)

⁴⁵ Ensemble des CHR, surcapacité de 15 pour cent, degré de gravité inchangé, déficit (scénario de mise en œuvre le plus défavorable du contre-projet)

⁴⁶ 2,5 ans + 2 ans = 4,5 ans dans tous les scénarios de mise en œuvre du contre-projet

⁴⁷ Scénario le plus favorable selon note 44 ; scénario défavorable le plus réaliste : surcapacité de 10 pour cent. Variantes identiques à celles de l'initiative avec en plus les options suivantes :
 - CHR multisites, surcapacité de 10 pour cent, degré de gravité inchangé, tarif couvrant le coût ;
 - idem pour un degré de gravité réduit.