



**Rapport du Conseil d'Etat
concernant
la planification hospitalière
des soins somatiques aigus**

2ème partie : Conditions-cadres

Table des matières

1	Introduction.....	4
1.1	Rappel du processus.....	4
1.2	Synthèse de l'évaluation des besoins	4
1.3	Planification hospitalière 2012.....	5
2	Méthodologie pour la définition des conditions d'accès à la liste hospitalière.....	6
2.1	Principes.....	6
3	Conditions-cadres.....	7
3.1	Conditions générales.....	7
3.1.1	Lien avec la politique sanitaire cantonale	7
3.1.2	Gestion des quantités	7
3.1.3	Collaborations interinstitutionnelles.....	7
3.1.4	Hôpitaux situés hors canton.....	8
3.1.5	Hôpitaux multisites	8
3.1.6	Pôles santé	8
3.2	Critères impératifs	8
3.2.1	Autorisation d'exploiter.....	9
3.2.2	Pérennité financière	9
3.2.3	Qualité et sécurité des prestations.....	10
3.2.4	Conditions de travail.....	10
3.2.5	Modèles de rémunérations et distribution du bénéfice.....	11
3.2.6	Protection tarifaire	12
3.2.7	Participation à la formation non universitaire	12
3.2.8	Responsabilités.....	12
3.2.9	Obligation d'admission	13
3.2.10	Service d'urgence	13
3.2.11	Dossier patient informatisé et dossier électronique du patient.....	13
3.2.12	Transparence	14
3.2.13	Dons d'organes.....	15
3.2.14	Adhésion à un réseau de soins.....	15
3.2.15	Participation à l'insertion/réinsertion professionnelle	15
3.2.16	Droits des patients	15
3.2.17	Plan pluriannuel des investissements et marchés publics	16
3.2.18	Prestataire informatique	16
3.2.19	Obligations en cas de cessation d'activité	16

3.3	Critères spécifiques.....	17
3.3.1	Modèle GPPH de la CDS.....	17
3.3.2	Unités de soins palliatifs.....	18
3.3.3	Maisons de naissances.....	18
3.3.4	Néonatalogie.....	19
3.3.5	Chirurgie bariatrique.....	20
3.3.6	Répartition géographique.....	20
3.3.7	Masse critique.....	21
3.3.8	Hôpital universitaire.....	22
3.4	Critères d'adjudication.....	22
3.4.1	L'offre globale de prestations.....	22
3.4.2	L'expérience.....	23
3.4.3	Le nombre de patients traités.....	23
3.4.4	Le caractère économique des prestations.....	23
3.4.5	La « Réponse à l'urgence ».....	23
3.4.6	L'activité ambulatoire avant le stationnaire.....	23
3.4.7	Les prestations ambulatoires en complément des hospitalisations.....	24
3.4.8	L'interprétariat.....	24
3.4.9	La formation des médecins.....	24
3.4.10	La formation des apprentis.....	24
3.4.11	Durabilité.....	24
4	Coordination des planifications.....	24
4.1	Coordination de la MHS.....	25
4.2	Hôpitaux intercantonaux.....	25
4.3	Hôpitaux « importateurs ».....	25
4.4	Hôpitaux situés hors du canton.....	25
5	Suite des travaux.....	26
6	Glossaire.....	27
7	Annexes.....	28
7.1	Annexe 1 : Typologie des services d'accueil en urgence.....	28
7.2	Annexe 2 : Tableau des GPPH selon de degré de centralisation.....	29

1 Introduction

Le présent document a pour objectif de définir les conditions de l'appel d'offres prélude à la création d'une nouvelle liste LAMal hospitalière vaudoise. Le processus de sélection des établissements hospitaliers qui vont composer la liste hospitalière cantonale n'est pas soumis aux principes des marchés publics. Néanmoins, le Conseil d'Etat désire suivre une démarche analogue avec la définition préalable des critères qui l'orienteront dans son choix.

Le périmètre recouvre le domaine des hospitalisations somatiques aiguës. Les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation stationnaires seront abordés dans un second temps.

1.1 Rappel du processus

En application des dispositions fédérales et cantonales en la matière, le Conseil d'Etat a décidé de revoir sa planification de soins stationnaires somatiques aigus et d'arrêter une nouvelle liste hospitalière entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Le processus choisi suit les trois étapes prévues dans l'Ordonnance sur l'assurance maladie (OAmal, art. 58b) ; soit **l'évaluation des besoins** en soins hospitaliers de la population, **la définition des conditions-cadres** qui conditionne **l'appel d'offres et l'élaboration de la liste hospitalière**, prélude à l'attribution des mandats de prestations.

Dans la première étape, les besoins en soins stationnaires somatiques aigus de la population vaudoise sont définis. Cette étape est aujourd'hui réalisée et le résultat a été arrêté par décision du Conseil d'Etat du 1^{er} juillet 2020.

La seconde étape qui fait l'objet du présent rapport consiste à déterminer les conditions-cadres de l'appel d'offres, c'est-à-dire à définir les critères à respecter pour qu'un établissement puisse figurer sur la liste hospitalière et se voir attribuer des mandats de prestations. Le présent rapport traite de cette deuxième étape.

La troisième et dernière étape consistera en l'élaboration de la liste hospitalière et l'attribution des mandats de prestations, suite à un appel d'offres lancé auprès de toutes les institutions hospitalières de Suisse.

1.2 Synthèse de l'évaluation des besoins

Un document intitulé « Rapport du Conseil d'Etat concernant la planification hospitalière des soins somatiques aigus – 1^{ère} partie. » a été élaboré lors de la réalisation de la première étape du processus de planification. Il peut être téléchargé sur le site de l'Etat de Vaud à l'adresse :

www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/DGS/Projets_et_actualités/Rapport_eval_V7.pdf

Dans ce document, qui sert de base au dimensionnement de l'appel d'offres, le Conseil d'Etat a posé certaines hypothèses et pris des décisions qui ont un impact sur la suite du processus. Citons en particulier les éléments suivants :

- les données de la statistiques médicale 2017 de l'Office fédéral de la statistique (OFS) sont utilisées comme données de référence ;
- l'évaluation des besoins concerne les prestations stationnaires somatiques aiguës, à l'exclusion donc des prestations stationnaires psychiatriques ainsi que des prestations stationnaires de réadaptation ;
- le regroupement des prestations s'effectue selon le modèle de groupe de prestations pour la planification hospitalière (GPPH version 2020.1) développé par le canton de Zürich dont l'utilisation est recommandée par la Conférence des directeurs cantonaux de la santé (CDS) ;
- les projections des besoins en soins stationnaires somatiques aigus tiennent compte de l'évolution démographique, des évolutions technologiques et de spécificités cantonales.

Les chiffres présentés dans le rapport du Conseil d'Etat décrivent les besoins de la population vaudoise. Lors de la troisième étape, il conviendra d'identifier quels besoins doivent être couverts par la liste hospitalière comme le prévoit l'OAMal.

1.3 Planification hospitalière 2012

En 2012, le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) a édicté le 24 mars 2011 un « Cadre de référence » dans lequel étaient inscrits les critères d'admission sur la liste 2012.

Pour prétendre à une inscription sur la liste LAMal, les hôpitaux et cliniques devaient respecter une liste de conditions découlant des exigences de la LAMal et de la LPFES et qui couvraient les domaines suivants :

- Obligation d'admission
- Exigences en matière de qualité et de sécurité
- Economie et financement
- Investissements et pérennité de l'exploitation
- Systèmes d'information et principes comptables
- Conditions de travail, rémunération et obligation de former
- Collaboration interprofessionnelle et continuité des soins

Toutes les institutions hospitalières ont pu postuler en choisissant l'un des cinq types de mandats possible, soit :

- le **Mandat régional de base** qui comprend toutes les disciplines de médicales de base ainsi qu'un service d'urgence 24/24 et des soins au minimum continus ;
- le **Mandat partiel de base** qui comprend une ou plusieurs disciplines de base, un service d'urgences 24/24 ou uniquement de jour, un service de garde et des soins continus dans la-les discipline-s concerné-e-s ;
- le **Mandat spécialisé limité dans le temps** qui comprend une ou des disciplines de base ou spécialisées dont la reconnaissance n'est effective qu'une année au maximum ;
- le **Mandat universitaire** qui comprend le mandat régional de base ainsi que la médecine universitaire et hautement spécialisée ;

- enfin, le **Mandat Centres de traitement et réadaptation** qui comprend la suite de traitement et la réadaptation dans une ou plusieurs disciplines.

2 Méthodologie pour la définition des conditions d'accès à la liste hospitalière

2.1 Principes

La LAMal et la LPFES donnent mandat au Conseil d'Etat d'établir la planification hospitalière cantonale. Pour rappel, les buts poursuivis sont de garantir la couverture des besoins en soins stationnaires de la population vaudoise, d'assurer un standard minimum de qualité et de contribuer à la maîtrise des coûts. L'inscription d'un hôpital sur une liste LAMal lui donne droit aux contributions financières de l'assurance obligatoire des soins, soit aux financements de l'Etat et de l'assurance-maladie à hauteur de respectivement 55% et 45% des tarifs négociés.

Pour pouvoir figurer sur une liste hospitalière, les hôpitaux doivent respecter un certain nombre de critères fixés de manière uniforme au plan fédéral. Ces critères ne sont toutefois pas exhaustifs et les cantons disposent d'une marge de manœuvre significative pour les préciser et compléter. Le Conseil d'Etat entend exploiter cette compétence en imposant des conditions spécifiques d'accès à la liste hospitalière vaudoise.

Tous les hôpitaux de Suisse, qu'ils soient publics, privés à but idéal ou privés à but commercial, peuvent prétendre à une inscription sur la liste hospitalière vaudoise et seront traités de manière équitable lors de l'ultime étape du processus de planification. L'interdiction de l'arbitraire exclut de fait toute discrimination.

La marge de manœuvre des cantons a été reconnue dans la jurisprudence fédérale. Plus de sept années après l'entrée en force des nouvelles règles du financement hospitalier et de planification hospitalière, la jurisprudence apparue depuis permet de mieux cerner l'interprétation qui doit ou qui peut être faite des différentes dispositions légales. Enfin, le Conseil d'Etat s'est inspiré des travaux menés par la CDS qui a notamment émis des recommandations¹ au sujet de la planification hospitalière et dont la portée a été reconnue par les instances juridictionnelles fédérales.

Dans cette optique, le Conseil d'Etat définit les **conditions-cadres** suivantes qui jalonnent les processus d'inscription sur la liste LAMal et d'attribution des mandats de prestation :

- les **conditions générales** ;
- les **critères impératifs** ;
- les **critères spécifiques** ;
- les **critères d'adjudication**.

¹ Recommandations du 25.5.2018 de la CDS sur la planification hospitalière

3 Conditions-cadres

Ce chapitre décrit de manière détaillée les conditions et critères que le Conseil d'Etat prendra en compte pour sélectionner les hôpitaux qui seront inscrits sur la liste LAMal vaudoise et qui pourront ainsi se voir attribuer un mandat de prestations.

3.1 Conditions générales

Il importe au Conseil d'Etat que les hôpitaux inscrits sur la liste LAMal vaudoise soient des partenaires pleinement intégrés à la politique cantonale de santé qu'il conduit. Les éléments décrits dans ce chapitre en font partie mais ils ne constituent pas des exigences spécifiques que les établissements candidats doivent respecter. Ces derniers sont toutefois appelés à en tenir compte dans la constitution et la présentation de leur dossier de candidature.

3.1.1 Lien avec la politique sanitaire cantonale

Le Grand Conseil a pris acte du « Rapport sur la politique de santé publique du canton de Vaud 2018-2022 ». Dans ce document, le Conseil d'Etat décrit les défis et les enjeux auxquels le canton devra faire face ces prochaines années dans le domaine de la santé. Il définit huit champs d'action déclinés annuellement en objectifs spécifiques.

Dans ce document, le Conseil d'Etat met l'accent sur sa volonté de renforcer les soins dans la communauté et de soulager les secteurs institutionnels. Bien que le rapport concerne la législature en cours, le changement d'orientation stratégique aura une influence sur le long terme. Aussi il est demandé aux établissements candidats à une inscription sur la liste LAMal vaudoise de s'inscrire dans cette politique.

3.1.2 Gestion des quantités

La gestion des quantités par GPPH est un outil qui permet de limiter les prises en charge hospitalières non requises du point de vue médical qui sont effectuées en vue d'accroître le rendement d'un hôpital et/ou les revenus des opérateurs (opérations inutiles, traitements hospitaliers au lieu de traitements ambulatoires, etc.). Le Conseil d'Etat se réserve le droit d'instaurer des limites de quantité de ce type, y compris cas échéant via le système de financement (budget global au sens de l'article 51 LAMal et/ou enveloppes budgétaires au sens de la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires (LPFES). Ces dernières seront indiquées le moment venu dans les mandats de prestations.

3.1.3 Collaborations interinstitutionnelles

Dans la procédure d'octroi des mandats, le Conseil d'Etat devra retenir les établissements les plus aptes à fournir les prestations demandées. Les hôpitaux sont invités à développer les collaborations interinstitutionnelles afin de trouver et d'exploiter toutes les synergies possibles. Les partenariats avec les hôpitaux universitaires sont particulièrement appréciés ainsi que ceux avec des hôpitaux géographiquement proches. Toutes les formes de collaborations sont toutefois valorisables.

Le Conseil d'Etat se réserve le droit de subordonner l'octroi d'un mandat de prestations à l'existence d'une collaboration institutionnelle formalisée.

3.1.4 Hôpitaux situés hors canton

Le canton ne peut obliger les hôpitaux situés hors canton à respecter l'ensemble des conditions et critères détaillés dans le présent document. Toutefois, ceux qui respecteront le plus largement possible lesdits critères auront la préférence du Conseil d'Etat.

3.1.5 Hôpitaux multisites

Par principe, l'attribution des mandats de prestations doit être liée à un site hospitalier et non à un établissement en tant que structure juridique.

Néanmoins, le canton de Vaud reconnaît l'existence de plusieurs hôpitaux multisites sur son territoire. Après avoir centralisé les ressources administratives, la plupart des directions de ces établissements conduisent des projets de création de services médico-soignants transverses. Pour ne pas freiner ces démarches d'intégration des équipes médico-soignantes, le Conseil d'Etat peut déroger au principe recommandé par la CDS et attribuer certaines missions générales à l'établissement et non à chacun de ses sites.

Cette dérogation n'est pas possible pour les établissements de statuts juridiques différents, ni pour certaines prestations spécialisées qui demandent des équipes et des compétences spécifiques. Dans ces cas, les missions seront de ce fait attribuées à un site.

3.1.6 Pôles santé

La géographie du canton de Vaud légitime l'existence d'hôpitaux de taille modeste qui permettent le maintien de structures de soins dans des régions décentrées. Ces établissements, connus sous le terme de « Pôles santé », sont des structures de soins intégrés qui regroupent des missions hospitalières, d'hébergement et de soins à domicile.

Les Pôles santé n'ont pas pour vocation de prendre en charge tous les cas d'hospitalisations qui font partie du groupe de prestations comprises dans le «paquet de base» du GPPH.

Pour prétendre à une inscription sur la liste LAMal et se voir attribuer le groupe de prestations «paquet de base», les Pôles santé doivent produire des accords de collaboration avec un ou plusieurs hôpitaux partenaires capables de les soutenir. Ces accords ont pour objectif de leur permettre d'assurer la totalité des prestations concernées.

3.2 Critères impératifs

Sous l'intitulé « critères impératifs », le Conseil d'Etat liste les critères que les hôpitaux doivent au minimum et dans tous les cas remplir pour prétendre participer à l'appel d'offre et au processus d'octroi des mandats de prestations. Ces critères sont en lien avec l'obligation pour le canton de garantir la qualité des prestations hospitalières fournies sur son territoire.

Parmi les « critères impératifs », un certain nombre d'entre eux ne pourront être contrôlés au moment de l'établissement de la liste hospitalière. Dans ces cas, les hôpitaux devront donc s'engager formellement à respecter ces critères dans leur réponse à l'appel d'offres. Des conditions qui s'y réfèrent seront inscrites dans les mandats de prestations.

3.2.1 Autorisation d'exploiter

Un établissement qui sollicite un mandat de prestations doit être au bénéfice d'une autorisation d'exploiter octroyée par son canton d'implantation. A noter que certaines institutions dont l'existence repose sur une base légale n'ont pas formellement d'autorisation d'exploiter considérant que c'est la loi ou la convention intercantonale qui constitue l'autorisation².

Condition : L'établissement doit démontrer qu'il est au bénéfice d'une autorisation d'exploiter formelle ou qu'elle repose sur une base légale en vigueur.

3.2.2 Pérennité financière

L'établissement doit être financièrement capable de fournir les prestations liées aux mandats qu'il sollicite, à court, moyen et long terme. Il doit dès lors faire la démonstration de sa pérennité financière.

La capacité financière à court terme d'une institution est évaluée sur la base de sa trésorerie nette (soit selon les normes comptables usuelles : « fonds de roulement net » - « besoin en fonds de roulement ») d'une part et de son degré d'endettement (soit : « montant total d'endettement » / « montant total du passif au bilan »). Cette évaluation doit mettre en évidence la solvabilité de l'institution et sa capacité à honorer ses engagements à temps (remboursements de prêts, paiement des factures, etc.) et/ou un éventuel découvert au bilan de manière à prévenir les risques de faillite ou d'arrêt d'activité à court terme pour des raisons financières.

A moyen terme, la pérennité financière d'une institution ne peut être vérifiée qu'au travers d'un business plan et d'un plan financier pluriannuel. Il convient de s'assurer que ses perspectives financières lui permettent d'éviter une situation de surendettement.

Le Conseil d'Etat attend des partenaires hospitaliers qu'ils soient exemplaires envers leurs collaborateurs et exige qu'ils soient en règle avec les contributions sociales. Il en est de même avec les contributions fiscales.

Condition : L'établissement présente une trésorerie nette positive et un degré d'endettement inférieur ou égal à 80%. A défaut, il démontre qu'il peut se prévaloir d'une garantie sur son découvert au bilan. Les documents sont validés par son organe de révision.

Condition : L'établissement présente un business plan portant sur 4 ans qui devra être adapté annuellement de manière roulante, pour démontrer que les perspectives financières restent adéquates à moyen terme.

Condition : La pérennité financière de l'institution est contrôlée chaque année sur la base des bilans annuels.

² C'est par exemple le cas du CHUV.

Condition : L'établissement présente annuellement des attestations prouvant qu'il remplit ses devoirs en matière de contributions sociales et fiscales.

3.2.3 Qualité et sécurité des prestations

La qualité des prestations est le fruit d'un travail de longue haleine et doit être portée par la haute gouvernance de l'institution, la direction, les cadres ainsi que les collaborateurs. Dans ce contexte, le Conseil d'Etat veut s'assurer que les établissements qui sollicitent un mandat de prestations œuvrent à la qualité des prestations et en fassent un axe d'amélioration au quotidien. Il attend donc qu'ils présentent un concept d'assurance qualité consistant qui puise ses bases dans les bonnes pratiques de la profession. Deux aspects importants doivent dans tous les cas ressortir, à savoir la gestion des événements indésirables, ainsi que la prévention et le contrôle des infections (PCI). Enfin, il est impératif que les hôpitaux inscrits sur la liste cantonale participent aux mesures nationales et cantonales en matière de qualité des soins et sécurité des patients et les intègrent dans leur processus.

Condition : L'établissement démontre qu'il dispose et déploie un concept d'assurance et d'amélioration constante de la qualité des prestations, sous l'angle de l'efficacité, de la sécurité, de l'orientation client, de la réactivité, de l'efficience, de l'équité et de la continuité des soins.

Condition : L'établissement dispose d'un système de traitement des plaintes et des incidents comprenant la description des processus de gestion des plaintes et des incidents dont le résultat doit déboucher sur l'évaluation des éventuelles mesures à prendre.

Condition : L'établissement s'engage à respecter les directives médicales et éthiques des associations professionnelles (dont ASSM, ASI, CNE, etc.) et à mettre en œuvre des mesures fondées sur les données probantes comme par exemple les mesures de type « smarter medicine ».

Condition : L'établissement s'engage à participer aux mesures nationales et cantonales en matière de qualité des soins et sécurité des patients. Il fait évoluer son concept en fonction des objectifs fixés par le Conseil fédéral et la Commission fédérale pour la qualité et selon les développements en la matière.

3.2.4 Conditions de travail

Le Conseil d'Etat considère que l'application de bonnes conditions de travail au personnel a un effet positif sur la qualité des soins. Les établissements doivent appliquer le principe d'égalité salariale entre femmes et hommes et garantir des conditions de travail minimales à leur personnel non médical et à leurs médecins assistants et chefs de clinique. Ils doivent également assurer une équité entre leurs médecins-cadres.

Condition : L'établissement démontre qu'il applique le principe d'égalité salariale entre femmes et hommes au sein de son personnel et plus spécifiquement la Charte pour l'égalité salariale dans les organisations proches du secteur

public³. Le Conseil d'Etat peut demander que l'application de ce principe soit confirmé par une certification.

Condition : L'établissement démontre qu'il applique la CCT san ou des conditions de travail similaires ou meilleures à son personnel non médical.

Condition : L'établissement démontre qu'il applique la CCT des médecins assistants et chefs de clinique (CCT-FHV-ASMAV) ou des conditions de travail similaires ou meilleures à son personnel médical en formation.

Condition : L'établissement démontre qu'il applique la CCT des médecins-cadres (CCT FHV-SVM) ou des conditions de travail similaires à son personnel médical.

3.2.5 Modèles de rémunérations et distribution du bénéfice

Les manières de rétribuer les différents corps de métier ont une influence indéniable sur la bonne marche des entreprises. Dans le contexte des hôpitaux, la rémunération à l'acte des médecins, le versement de bonus dépendant du nombre de cas ou encore l'existence de salaires exorbitants peuvent générer des comportements favorables pour les finances de l'entreprise mais négatives pour le système de santé en incitant notamment à augmenter les volumes de prestations sans indication médicale pertinente. Ces pratiques doivent être combattues.

D'autre part, le Grand Conseil a donné, par la LPFES, la possibilité au Conseil d'Etat de réguler la rémunération des fonctions dirigeantes et la distribution des bénéfices. Il s'agit pour les institutions concernées de respecter les normes en vigueur.

Condition : L'établissement applique les conditions du règlement du Conseil d'Etat s'agissant du plafond salarial des médecins-cadres⁴ ou des conditions similaires.

Condition : L'établissement exclut le versement de bonus à ses médecins-cadres en lien avec le volume de leurs prestations.

Condition : L'établissement s'engage à respecter les conditions du barème de rémunération des fonctions dirigeantes et administratives fixé par le Conseil d'Etat.

Condition : L'établissement s'engage à respecter les normes du Conseil d'Etat relatives à la distribution des bénéfices.

3.2.6 Protection tarifaire

L'art. 44 LAMal instaure le principe de la protection tarifaire qui interdit aux prestataires concernés de demander une rémunération plus élevée que celle prévue par les tarifs pour

³ Voir l'espace Internet dédié à la Charte sur le site www.pplateforme-egalitesalariale.ch

⁴ Règlement du 21 décembre 2016 sur les médecins chefs de département, les médecins chefs de service, les médecins-cadres, les médecins agréés et les médecins hospitaliers du CHUV (R.méd.)

des prestations fournies en application de la LAMal. Cette protection tarifaire s'applique spécifiquement dans le cas des hospitalisations réalisées en division privée et/ou semi-privées, qu'elles soient réalisées par des hôpitaux répertoriés ou conventionnés. De plus, la rémunération des prestations supplémentaires facturées en sus des tarifs LAMal (prestations de confort, libre choix du médecin, etc.) ne doit pas être excessive. L'établissement assume la responsabilité pour toutes les factures qui sont émises pour un traitement prodigué dans ses murs et assure qu'une prestation médicale n'est facturée qu'une seule fois sur la base des structures tarifaires reconnues par la LAMal.

Condition : L'établissement démontre qu'il respecte les principes de la protection tarifaire et que la hauteur de la rémunération des prestations supplémentaires est raisonnable. Cette condition s'applique aux prestations facturées par l'institution et par les médecins.

3.2.7 Participation à la formation non universitaire

Les hôpitaux jouent un rôle central dans la formation de la relève dès lors qu'ils représentent les plus gros employeurs du secteur de la santé. Une contribution minimale en termes de formation est attendue de la part de ceux figurant sur la liste hospitalière.

Le financement de la formation non universitaire est compris dans les tarifs LAMal. Afin de favoriser une utilisation des recettes à bon escient, le Conseil d'Etat demande aux hôpitaux de participer à la formation du personnel de santé non universitaire, notamment les formations HES et CFC.

Condition : L'établissement s'engage à participer à l'effort de formation de professionnels de la santé non universitaires ainsi qu'à l'effort de promotion des métiers de la santé en menant une politique de promotion de la formation.

3.2.8 Responsabilités

Le Conseil d'Etat est très attentif à la juste répartition des responsabilités dans les prises en charge des patients hospitalisés. Cet aspect est particulièrement important aujourd'hui en regard de la tendance à l'hyperspécialisation des activités médicales qui entre en contradiction avec l'augmentation du nombre de patients polymorbides. D'un côté, la grande majorité de la patientèle hospitalisée est aujourd'hui composée de personnes âgées qui souffrent généralement d'affections multiples et de l'autre, certaines opérations très complexes ne doivent être confiées qu'à des équipes spécialisées et expérimentées. Ce n'est donc plus la performance du médecin opérateur qui est seule garante de la qualité des prises en charges, mais la compétence de toute l'équipe hospitalière, composée des médecins, des soignants et du personnel paramédical, qui influe sur la qualité du résultat.

Cette manière d'appréhender l'hôpital d'aujourd'hui a des conséquences sur la répartition des responsabilités en son sein. L'établissement ne peut déléguer à des collaborateurs externes la responsabilité des actes qui sont réalisés dans ses murs.

Condition : L'établissement démontre que chacun de ses départements et ses services médicaux sont placés sous la responsabilité d'un voire de deux médecins (respect au minimum du concept du Chairman de la CCT FHV-SVM).

Condition : L'établissement démontre que la responsabilité médicale de chaque hospitalisation est assumée par un médecin salarié de l'hôpital (les éventuels médecins ayant un statut d'indépendant devant opérer sous responsabilité médicale d'un médecin salarié).

3.2.9 Obligation d'admission

La planification sert notamment à garantir à la population une couverture en prestations hospitalières suffisante. Cette garantie s'adresse à toute la population quel que soit son état de santé et qu'elle soit au bénéfice d'une assurance complémentaire ou non. Il s'agit donc d'éviter que les établissements inscrits sur la liste LAMal sélectionnent les patients en fonction de leur état de santé ou de leur modèle d'assurance et ainsi privilégient la prise en charge des patients présentant des atteintes légères ou qui disposent d'une couverture d'assurance privée ou semi-privée pour bénéficier d'avantages pécuniaires.

A noter que le respect de ce critère peut être évalué rétroactivement chaque année dans le cadre du contrôle du mandat de prestations. Il s'agira en l'occurrence de vérifier que l'établissement ne sélectionne pas les patients dans une pathologie donnée et de contrôler que le taux de patients au bénéfice d'une assurance complémentaire qui doit être proche du taux moyen cantonal.

Condition : L'établissement s'engage à appliquer l'obligation d'admission sans aucune restriction et plus spécifiquement à ne pas effectuer de sélection des patients en fonction de leur état de santé ou de leur couverture d'assurance.

3.2.10 Service d'urgence

Le Canton de Vaud a défini une typologie des services des urgences inspirée du modèle zurichois. Quatre niveaux d'organisations sont spécifiés en fonction des heures d'ouverture et des ressources médicales présentes (voir **Annexe 1**).

En lien avec l'obligation d'admission, l'établissement qui sollicite un mandat doit posséder un service d'admission d'urgence adapté à ses missions.

Conditions : L'établissement démontre qu'il possède et met à disposition des patients un service d'admission d'urgence adapté à ses missions.

3.2.11 Dossier patient informatisé et dossier électronique du patient

Conformément à l'article 39 alinéa 1 lettre f LAMal, les hôpitaux ne sont admis, depuis le 1^{er} avril 2020, à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins que s'ils s'affilient à une communauté ou à une communauté de référence certifiées. Un canton peut à cet égard expressément exiger qu'un hôpital répertorié adhère à une communauté de référence choisie par le canton. Pour le Canton de Vaud, une affiliation à la communauté de référence CARA est obligatoire pour tout établissement répertorié.

Condition : L'établissement qui fournit une preuve écrite d'adhésion à la communauté de référence CARA sera favorisé.

3.2.12 Transparence

Pour lui permettre d'exercer ses devoirs de surveillance, le Conseil d'Etat exige des établissements inscrits sur la liste cantonale qu'ils lui transmettent chaque année un certain nombre de documents d'activité, de qualité et financiers. Pour ces derniers, Il s'agit des comptes annuels et du rapport de révision.

Conformément à l'art. 10 de l'Ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations dans les hôpitaux (OCP), les établissements doivent tenir une comptabilité financière. Le Conseil d'Etat requiert le plan comptable développé par H+. D'autre part, pour pouvoir procéder à des comparaisons des coûts analytiques, le Conseil d'Etat entend imposer l'utilisation du modèle de comptabilité REKOLE proposé par H+. Dans ce cadre, il est nécessaire que les comptabilités REKOLE soient certifiées.

Les établissements hospitaliers sont soumis à la loi sur la statistique fédérale et sont à ce titre tenus de livrer leurs données à l'OFS dans le cadre des statistiques administrative (KS) et médicale (MS) des hôpitaux. Ils doivent également renseigner SwissDRG SA qui est chargé d'élaborer et de maintenir les structures tarifaires. Dans le cadre du renforcement de la qualité et de l'économicité voulue dans la LAMal, conformément à l'art. 77c OAMal, les établissements hospitaliers doivent transmettre toutes les données nécessaires pour garantir le développement de la qualité aux organisations en charge des mesures (y compris le relevé de nouveaux indicateurs) et des programmes, de manière exacte, complète, dans les délais impartis et à leur frais.

Le financement des prestations hospitalières aigues est effectué sur les principes établis par SwissDRG SA. Ces principes sont basés sur les données de la statistique médicale des hôpitaux et plus spécifiquement sur les données issues du codage médical. La qualité du codage est essentielle et doit être audité avec soin.

L'examen de l'économicité des prestations est nécessaire pour l'élaboration de la planification hospitalière et dans le cadre de l'approbation des tarifs. Pour ce faire, le canton doit disposer de données comparables et dès lors fixer un standard pour la présentation des données. Le Conseil d'Etat privilégie l'utilisation du modèle ITAR-K élaboré par H+ qui fait appel à des données issues de REKOLE.

Condition : L'établissement livre ses comptes, son bilan et le rapport de révision du dernier exercice et s'engage à transmettre ces documents chaque année à l'Etat. Il s'engage également à autoriser l'Etat à requérir des compléments d'information à son organe de révision.

Condition : L'établissement produit une attestation qui certifie qu'il applique correctement le plan comptable H+ et fait la preuve de l'obtention de la certification REKOLE au 1^{er} janvier 2022 ainsi que de sa validité au fil des ans.

Condition : L'établissement s'engage à remettre à l'OFS et à SwissDRG SA ses données statistiques annuelles dans les délais impartis et à en transmettre copie à la DGS.

Condition : L'établissement s'engage à transmettre toutes les données nécessaires pour garantir le développement de la qualité aux organisations en charge des mesures et des programmes qualité nationaux.

Condition : L'établissement livre le dernier rapport de révision de son codage et s'engage à le remettre annuellement à l'Etat.

Condition : L'établissement livre ses données de coûts présentées selon le modèle ITAR-K et s'engage à les remettre chaque année à la DGS.

3.2.13 Dons d'organes

La législation fédérale sur la transplantation donne aux cantons un certain nombre de prérogatives en la matière. Le canton de Vaud participe notamment au financement du Programme latin de don d'organes (PLDO). L'art. 45 de l'Ordonnance sur la transplantation (OTx) prévoit notamment que les cantons veillent à ce que les hôpitaux dotés d'un service de soins intensifs définissent un certain nombre de procédures et en assurent leur déroulement 24 heures sur 24. Le Conseil d'Etat entend imposer cette condition aux hôpitaux qui sollicitent un mandat de prestations pour une activité qui nécessite de disposer de soins intensifs.

Condition : L'établissement exploitant un service de soins intensifs démontre qu'il a pris les mesures favorisant le don d'organes prévues par la législation fédérale sur l'assurance maladie, en particulier à l'art. 45 OTx.

3.2.14 Adhésion à un réseau de soins

Pour prétendre à une inscription sur la liste LAMal, les hôpitaux doivent obtenir la reconnaissance d'utilité publique. Selon l'art. 4, let. h de la LPFES, ces derniers ont notamment l'obligation d'adhérer au réseau de soins régional.

Condition : L'établissement démontre qu'il a adhéré à un réseau de soins.

3.2.15 Participation à l'insertion/réinsertion professionnelle

En lien avec leur statut de grands employeurs et en complément à l'effort de formation demandé, le Conseil d'Etat sollicite la collaboration des établissements pour l'insertion et la réinsertion professionnelle. La participation à l'effort dans le domaine peut prendre diverses formes telles que l'annonce des offres d'emploi dans les ORP, l'encouragement de la mobilité professionnelle, etc.

Condition : L'établissement s'engage à participer à l'effort cantonal d'insertion et de réinsertion professionnelle et apporte la preuve qu'il y participe.

3.2.16 Droits des patients

En inscrivant les droits des patients dans la loi sur la santé publique et ses dispositions d'application, le législateur reconnaît comme central le rôle de la volonté et de l'autodétermination du patient dans sa prise en charge en milieu hospitalier. Responsable de veiller au respect des droits des patients, l'établissement déploie une communication autour de leur promotion. L'établissement encourage dans tous les cas la discussion avec le patient insatisfait. Pour répondre à cette insatisfaction de manière formelle, selon le principe de

transparence et d'égalité de traitement, l'établissement met en place une procédure ad hoc de gestion des plaintes. Celle-ci fait partie intégrante d'une démarche qualité dans la mesure où chaque plainte est l'occasion de questionner l'organisation de la chaîne des soins pour déceler les dysfonctionnements et y apporter les actions correctrices nécessaires.

Condition : L'établissement démontre qu'il dispose d'une procédure de gestion des plaintes, comprenant un dispositif de traçabilité des plaintes et d'évaluation systématique des mesures correctrices apportées.

Condition : Dans son action de promotion des droits des patients, l'établissement démontre qu'il connaît et diffuse la brochure sur les droits des patients.

Condition : L'établissement s'engage à informer et former son personnel soignant sur les droits des patients.

3.2.17 Plan pluriannuel des investissements et marchés publics

Le Grand Conseil a décidé de soumettre au contrôle du Conseil d'Etat les investissements importants consentis par les établissements qui ont obtenu un mandat de prestations.

D'autre part, tout achat effectué par un hôpital répertorié dans les domaines couverts par un mandat de prestations cantonal doit faire l'objet d'un appel d'offres conformément aux règles intercantionales ou internationales. La forme juridique de l'établissement ne joue aucun rôle en matière d'assujettissement au droit des marchés publics.

Condition : L'établissement s'engage à soumettre ses investissements au contrôle du Conseil d'Etat au sens de la LPFES.

Condition : L'établissement s'engage à respecter les règles applicables en matière de marchés publics dans les domaines couverts par l'assurance obligatoire des soins et à livrer chaque année un rapport de son organe de révision qui certifie que ces règles ont été respectées durant l'année sous revue.

3.2.18 Prestataire informatique

Dans le domaine des institutions de santé et plus spécifiquement dans les hôpitaux, la qualité et la sécurité des installations informatiques est d'importance primordiale. Dans ce contexte, le Grand Conseil a estimé nécessaire de donner au Conseil d'Etat, respectivement au DSAS, la possibilité d'exercer un contrôle dans ce domaine.

Condition : L'établissement s'engage à avoir recours à un prestataire de services informatiques agréé par le DSAS.

3.2.19 Obligations en cas de cessation d'activité

La nouvelle liste hospitalière LAMal portera effet sur une durée de plusieurs années, période durant laquelle des événements majeurs peuvent avoir lieu comme la cessation d'activité d'un hôpital listé. En tant que garant de la couverture en soins hospitaliers de la population vaudoise, le Conseil d'Etat doit s'assurer qu'une telle situation ait le moins de conséquences possible sur l'accès aux soins.

Condition : L'établissement s'engage à remplir ses obligations en cas de cessation d'activité, soit à informer sans délai le département de tutelle de sa situation et de trouver un partenaire disposé à reprendre son mandat de prestations.

3.3 Critères spécifiques

Sous l'intitulé « critères spécifiques », le Conseil d'Etat précise, pour chaque groupe de prestation GPPH, les conditions qu'un hôpital doit remplir s'il désire briguer une mission. Ces critères sont pour l'essentiel repris du modèle zurichois avec quelques spécificités cantonales.

3.3.1 Modèle GPPH de la CDS

Un établissement doit garantir sa disponibilité et sa capacité à remplir son mandat, soit justifier d'une dotation en personnel médical et soignant suffisante, disposer d'équipements médicaux appropriés, garantir la fourniture adéquate des médicaments ainsi que justifier de la qualification idoine de son personnel. De plus, le mandat de prestations peut contenir l'obligation de disposer d'un service d'urgence.

Le concept de GPPH retenu pour la planification des soins hospitaliers somatiques aigus comprend des exigences spécifiques aux groupes de prestations qui ont trait notamment à :

- l'obtention de titres de spécialistes par les médecins ;
- la disponibilité des médecins spécialistes dans un délai adéquat ;
- le type et la disponibilité d'un service des urgences dans l'hôpital ;
- le type et la disponibilité de soins intensifs ou d'une surveillance continue dans l'hôpital ;
- la disponibilité des laboratoires ;
- l'existence d'équipements de radiologie ;
- l'existence d'un tumorboard ;
- la fourniture d'un nombre minimum de cas par année ;
- la réalisation de la prestation en interne uniquement ;
- le lien avec d'autres prestations ou d'autres disciplines médicales ;
- les exigences spécifiques en termes par exemple de certification, formation, etc.

Précisions cantonales du modèle GPPH

Le Conseil d'Etat utilise sa compétence pour spécifier et compléter les exigences prévues dans le modèle GPPH recommandé par la CDS.

La première spécificité concerne l'exigence pour l'établissement qui sollicite un mandat de prestations de posséder un service d'urgences adapté à ses missions comme décrit dans le chapitre 3.2.10, ainsi que dans **l'Annexe 1**.

La seconde a trait à l'attribution des missions par site et non par établissement. Les conditions décrites dans le chapitre 3.1.5. sont applicables.

Enfin, le Conseil d'Etat entend traiter de manière particulière la problématique des soins palliatifs institutionnels, la question des maternités et des maisons de naissances, la

néonatalogie et la chirurgie bariatrique. Ces aspects font l'objet d'un chapitre particulier (voir chapitres suivants).

Les conditions propres à chaque groupe de prestations sont décrites dans le tableau de détail des exigences par GPPH qui peut être téléchargé sur le site de l'Etat de Vaud à l'adresse www.vd.ch/planification-hospitaliere.

Condition : L'établissement démontre qu'il remplit l'ensemble des conditions prévues pour chacun des mandats de prestations qu'il sollicite.

Condition : L'établissement multisite qui désire se voir attribuer des missions globales et non par site doit faire la preuve de la transversalité de son organisation médico-soignante.

3.3.2 Unités de soins palliatifs

Le Canton de Vaud conduit une politique de soins palliatifs centrée sur les besoins du patient indépendamment du lieu de sa prise en charge. Cela signifie que les patients doivent pouvoir recevoir des soins palliatifs de qualité à domicile, dans des structures de long séjour, dans des unités hospitalières de soins somatiques aigus, de soins de réadaptation, de soins psychiatriques et bien évidemment de soins palliatifs.

La mise œuvre de cette politique consiste à élever le niveau de compétence en matière de soins palliatifs chez les soignants engagés dans les services de soins à domicile, les établissements de long séjour et les hôpitaux, à créer et à soutenir des équipes mobiles capables d'intervenir en première ou en deuxième ligne, à créer des établissements de long séjour spécialisés en soins palliatifs (Résidences palliatives) et à reconnaître des unités hospitalières de soins palliatifs aigus. Seule cette dernière catégorie est concernée par le processus de planification.

Dans le domaine des soins palliatifs hospitaliers aigus, le Conseil d'Etat estime que l'accès aux soins et la proximité des prestations représentent des critères importants. Aussi, il vise à octroyer des missions pour une prise en charge de 150 cas par an (correspondant environ à une unité de 10 à 12 lits pour une durée moyenne de séjour de 23 jours et un taux d'occupation moyen de 85%) dans chacune des trois régions sanitaires périphériques et l'équivalent de 300 cas par an (environ 20 à 22 lits) dans la région centre.

Les partenaires qui sollicitent un mandat de soins palliatifs aigus sont appelés à présenter un dossier complet qui couvre l'entier de la problématique.

3.3.3 Maisons de naissances

Dans le canton de Vaud, comme partout en Suisse, les naissances ont lieu dans les services hospitaliers, en maison de naissances et à domicile, ces deux derniers lieux ne représentant qu'une infime proportion des accouchements aujourd'hui.

Or la grande majorité des accouchements sont des accouchements physiologiques qui ne nécessitent pas de prestations médicales. La présence de médecins obstétriciens, anesthésistes et pédiatres dans les maternités permet d'assurer une grande sécurité et de gérer efficacement des éventuelles complications. Mais cela génère quelquefois une médicalisation d'actes qui peuvent être réalisés par les sages-femmes. A contrario, les

accouchements en maisons de naissances et à domicile présentent des risques importants pour la mère et le/les enfant-s en cas de complications. L'expérience montre que ces situations ne sont pas rares (un accouchement en maison de naissances sur cinq donne lieu à un transfert à l'hôpital).

Fort de ce constat et désireux de favoriser les accouchements en maisons de naissances tout en assurant un haut niveau de sécurité, le Conseil d'Etat encourage les hôpitaux, les maisons de naissances et les sages-femmes à développer des maisons de naissances dans les murs des hôpitaux (intramuros). Une maison de naissances est considérée comme intramuros s'il n'est pas nécessaire de sortir du bâtiment pour rejoindre le bloc opératoire.

Les quatre modèles suivants peuvent être proposés :

- un hôpital doté d'une maternité et d'une unité « maison de naissances » ;
- un projet commun entre une maison de naissances et un hôpital doté d'une maternité ;
- un hôpital doté d'urgences gynécologiques, d'une consultation de pédiatrie, d'un plateau opératoire et d'une unité « maison de naissances » ;
- un projet commun entre une maison de naissances et un hôpital doté d'urgences gynécologiques ou d'une garde obstétricale, d'une consultation de pédiatrie et d'un plateau opératoire.

Dans tous les cas, l'unité « maison de naissances » située dans un hôpital doit être placée sous la stricte responsabilité des sages-femmes. Lorsque des prestations médicales sont requises, la parturiente doit être transférée dans une unité obstétricale ou médicale et placée sous responsabilité médicale. La visite du pédiatre peut avoir lieu dans la maison de naissances.

S'agissant de la présente démarche de planification et étant donné que ces modèles n'existent pas encore aujourd'hui⁵, les partenaires sont appelés à déposer des projets qui pourront être inscrits sur la liste LAMal sous condition de réalisation.

3.3.4 Néonatalogie

Une étude réalisée par l'Institut universitaire de médecine préventive de Lausanne en 2016 révèle un déséquilibre entre les taux d'occupation des maternités avec services d'obstétrique-néonatalogie et la maternité universitaire du CHUV, cette dernière souffrant de plus en plus fréquemment d'engorgement. L'augmentation continue de l'âge des mères au moment de la maternité indique qu'à l'avenir, les accouchements nécessiteront proportionnellement plus de soins spécialisés de néonatalogie qu'aujourd'hui. Il s'agit donc d'augmenter la capacité des maternités avec service d'obstétrique à prendre en charge ces situations tout en respectant les critères émis par la Société suisse de néonatalogie (Standards for level of neonatal care in Switzerland). Au vu des volumes d'accouchements actuels, cela nécessite une concentration des prestations de néonatalogie sur un seul site par région. Le Conseil d'Etat entend donc favoriser tout projet hospitalier visant à mettre en

⁵ Excepté la maison de naissances Aquila anciennement localisée à Aigle et transférée à Rennaz qui est située aux abords immédiats de l'hôpital.

place une maternité de type IIB selon ces standards et qui permettra une concentration régionale des accouchements nécessitant une prise en charge néonatalogique.

3.3.5 Chirurgie bariatrique

L'intervention de chirurgie bariatrique représente une petite partie de la prise en charge d'une personne souffrant d'obésité (ou de diabète selon les nouvelles indications). Sans être inscrite dans un réseau de prise en charge qui prenne en compte l'avis du médecin qui connaît le mieux son patient (le médecin de famille), les conditions ne sont pas remplies pour assurer la prise en charge la plus adéquate d'un patient. Les contraintes et complications à long terme de ces opérations, si elles ne sont pas faites dans de bonnes conditions, justifient une attention particulière sur tout le processus de traitement du patient.

Ainsi, le Conseil d'Etat pose des conditions plus exigeantes que celles définies actuellement par la société médicale spécialisée (Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders, SMOB) pour octroyer des mandats de prestations dans ce domaine. Le Conseil d'Etat attend de tout hôpital fournissant cette prestation qu'il soit ancré dans le réseau communautaire grâce à un suivi pré- et post-opératoire ambulatoire obligatoire, ainsi que dans un réseau cantonal hospitalier permettant d'échanger sur les meilleures pratiques. Il s'agit avant toute décision conduisant à une intervention de chirurgie bariatrique d'obtenir l'aval d'un médecin généraliste de la communauté de résidence du patient qui le suit et qui le suivra au long cours après l'opération. Les hôpitaux qui revendiquent cette mission doivent être certifiés par la SMOB et répondre aux dernières recommandations en matière d'indications chirurgicales. Ils doivent également livrer un concept de prise en charge des patients souffrant d'obésité propre à démontrer l'ancrage communautaire de leur démarche. Enfin, l'hôpital doit garantir la disponibilité dans l'établissement d'un médecin formé dans cette spécialité pour un avis ou une opération pendant toute la durée de la phase postopératoire qui est particulièrement à risque.

De manière générale, le Conseil d'Etat entend limiter le nombre d'hôpitaux qui pratiquent la chirurgie bariatrique.

3.3.6 Répartition géographique

Le concept de planification selon les GPPH a été développé par le canton de Zürich et son utilisation a été par la suite étendue à l'ensemble des cantons suisses. Si un appel d'offre général selon les GPPH peut être lancé sans conditions particulière dans la plupart des cantons, son application pose problème dans ceux qui couvrent un vaste territoire. Le Canton de Vaud, par son étendue et l'hétérogénéité de la répartition de sa population, entre dans cette deuxième catégorie.

Pour certaines prestations, le critère de l'accessibilité est important et il est essentiel d'assurer une offre de proximité. A l'inverse, certaines prestations doivent être centralisées pour améliorer leur efficacité (qualité des soins et économie des ressources).

Le Conseil d'Etat a décidé d'organiser sa planification hospitalière en quatre régions sanitaires calquées sur les territoires couverts par les Réseaux de soins, soit la **Région centre**, la **Région Nord-Broye**, la **Région Est** et la **Région Ouest**. Le degré de centralisation des GPPH est décliné selon les catégories suivantes :

Non centralisées (Missions générales) : Outre le **Paquet de base**, respectivement le **Paquet de base spécialisé**, qui sont obligatoirement offerts par tous les hôpitaux listés, nous avons identifié un certain nombre de GPPH qui ne demandent pas d'expertise particulière et qui peuvent être réalisés dans tous les hôpitaux pour autant qu'ils répondent aux critères LAMal (couverture des besoins, qualité, économicité). Ces GPPH sont identifiés sous la mention « **Missions générales** ».

1 Hôpital par région : Les GPPH qui nécessitent un bon niveau d'expertise (mais pas forcément universitaire) doivent être centralisées. Etant donné que chacun de ces GPPH comprend un nombre relativement élevé de cas, le critère de proximité doit également être pris en compte. Nous proposons que ces prestations soient centralisées dans certains hôpitaux mais restent disponibles dans chacune des quatre régions du canton.

2-3 Hôpitaux pour le canton : Un certain nombre de GPPH qui nécessitent un très haut niveau d'expertise peuvent tout de même être réalisés dans des hôpitaux non universitaires. Toutefois, le très faible nombre de cas dans chaque GPPH implique de les réunir dans peu d'hôpitaux. Nous proposons que ces prestations soient centralisées dans 2 ou 3 hôpitaux au niveau cantonal ; soit au CHUV et dans 1 voire 2 hôpitaux (qui devront collaborer étroitement avec le service universitaire).

1 Hôpital pour le canton : Les GPPH très spécialisés qui concernent un faible nombre de cas et qui demandent une très grande expertise de niveau universitaire doivent être centralisés dans un seul hôpital au niveau cantonal, soit dans l'hôpital universitaire. A noter que ces prestations sont aujourd'hui déjà essentiellement réalisées au CHUV.

Médecine hautement spécialisée (MHS) : La répartition des missions de MHS est décidée au niveau intercantonal et le canton n'a pas de compétence dans ce domaine. Toutefois, les missions MHS nécessitent un niveau d'expertise très élevé et seuls un petit nombre d'hôpitaux pourront y accéder.

L'**Annexe 2** présente la liste des GPPH et leur degré de centralisation respectifs.

Condition : L'établissement indique la région géographique dans laquelle il exerce ses activités et, pour chaque prestation sollicitée le nombre de cas qu'il est en mesure d'assumer.

3.3.7 Masse critique

La recherche d'une masse critique suffisante est importante pour garantir la qualité des prestations. Le Conseil d'Etat estime que cette masse critique est garantie lorsque, dans un groupe de prestations considéré, l'établissement a pris en charge en moyenne sur les trois dernières années disponibles (les années 2020 et 2021 ne sont pas prises en compte en raison du Covid), au minimum 10 cas et un nombre de cas correspondant à 5% de tous les cas de la population vaudoise de la région sanitaire de l'année de référence 2017. Le Conseil d'Etat se réserve le droit de définir un nombre minimum de cas par opérateur.

Condition : L'établissement démontre au moyen de ses données d'activité, qu'il atteint dans chaque groupe de prestations la masse critique exigée.

3.3.8 Hôpital universitaire

Le statut universitaire du CHUV lui donne un statut particulier mais le Conseil d'Etat n'entend pas le traiter différemment des autres hôpitaux. Le CHUV devra présenter un dossier de postulation complet qui réponde à toutes les conditions excepté celle qui concerne l'autorisation d'exploiter car, en tant que service de l'Etat, elle lui est donnée de par la loi.

3.4 Critères d'adjudication

Le fait qu'un établissement remplisse les critères listés plus haut lui permet de solliciter un mandat mais cela ne lui donne pas automatiquement un droit à être inscrit sur la liste hospitalière. Dans l'exercice de sa responsabilité de planification, le Conseil d'Etat entend centraliser certaines prestations afin d'en améliorer la qualité et l'économicité. En effet, certains types de prises en charges hospitalières nécessitent des infrastructures standards et des professionnels généralistes (correspondant essentiellement aux prestations du «paquet de base» et à quelques prestations peu spécialisées). Les patients concernés sont en général âgés et peu mobiles. A l'inverse, certaines prestations exigent des infrastructures de haute technologie et des professionnels très spécialisés. Ces prestations doivent dans la mesure du possible être centralisées afin d'augmenter l'efficacité du système, c'est-à-dire d'élever la qualité et d'améliorer l'économicité des prestations.

Ce chapitre détaille les éléments que le Conseil d'Etat prendra en compte pour sélectionner, parmi les hôpitaux qui remplissent les critères, ceux qui seront retenus. Ces critères d'adjudication sont annoncés dans le présent rapport afin de poser sur des bases claires, transparentes et équitables les éléments qui orienteront les choix du Conseil d'Etat.

Ce chapitre ne fixe pas d'exigence, mais l'établissement est invité à fournir, à l'appui de son dossier, toutes les données utiles en lien avec les objets décrits dans les sous-chapitres qui suivent.

3.4.1 L'offre globale de prestations

Les missions sont attribuées aux établissements sur la base de la classification des groupes de prestations selon le modèle zurichois GPPH. Celui-ci définit des prestations générales (Paquet de base) et des prestations spécialisées. Les hospitalisations sont ensuite financées par DRG.

Or, le modèle DRG développé par SwissDRG ne constitue pas un modèle de financement à la prestation au sens strict mais plutôt un système d'allocation des ressources. Il en ressort que le montant versé pour une hospitalisation particulière n'est pas forcément censé couvrir les dépenses générées par cette hospitalisation⁶. Cela signifie que le financement par DRG permet globalement à un hôpital de couvrir ses coûts, générer des marges sur certaines hospitalisations et de combler ainsi les pertes réalisées sur d'autres.

⁶ Le degré de prédictibilité des coûts dans le modèle SwissDRG est inférieur à 60 %

Ainsi, un hôpital qui concentre son activité sur certaines missions et sélectionne les patients peut générer une activité très profitable tout en laissant aux autres les cas onéreux. Si l'obligation d'admission permet d'éviter dans une certaine mesure la sélection de patients, la répartition des missions doit être réfléchie de manière équitable. Dans ce contexte, une catégorie de prestations peu intéressante est représentée par le «paquet de base».

Fort de ce constat, le Conseil d'Etat privilégiera les établissements qui sollicitent un mandat pour le «paquet de base» lorsqu'il s'agira d'attribuer des prestations spécialisées.

Font exception les hôpitaux spécialisés dans une discipline spécifique en lien avec le «paquet de base» spécialisé. Dans ce cas, l'établissement peut se voir attribuer une mission spécifique en lien avec sa spécialité.

3.4.2 L'expérience

Parmi les établissements qui prétendent à se voir attribuer une mission, le critère de l'expérience sera prépondérant. L'hôpital qui aura traité le plus grand nombre de cas dans le GPPH en question et dans les trois dernières années de données disponibles sera privilégié.

3.4.3 Le nombre de patients traités

Comme indiqué plus haut, le Conseil d'Etat prévoit de centraliser certaines prestations aux niveaux régional, respectivement cantonal. Lorsque plusieurs établissements sollicitent une prestation, le nombre de patients traités annuellement dans les 5 dernières années sera prépondérant pour orienter le choix de l'établissement.

3.4.4 Le caractère économique des prestations

Les établissements qui sollicitent un mandat de prestations doivent faire la démonstration du caractère économique de leurs prestations. Le Conseil d'Etat basera ses analyses sur les coûts des prestations selon le modèle ITAR_K (et non sur les tarifs) pour déterminer l'institution la plus économique et efficiente.

3.4.5 La « Réponse à l'urgence »

Afin d'adapter le système de santé pour mieux répondre aux défis actuels et futurs, quatre institutions désignées sous l'appellation « mandataires régionaux » ont été chargées d'optimiser le processus de réponse aux urgences communautaires dans leur région sanitaire respective. Il s'agit, lorsque c'est pertinent, de prendre en charge les personnes concernées dans leur lieu de vie et d'éviter ainsi un passage aux urgences de l'hôpital, voire une hospitalisation. Pour mener à bien sa mission, le mandataire régional s'appuie sur l'ensemble des acteurs sanitaires de sa région, dont les hôpitaux. Le Conseil d'Etat tiendra compte de la mesure dans laquelle chaque hôpital collabore avec le mandataire régional et contribue à l'optimisation du processus de réponse à l'urgence.

3.4.6 L'activité ambulatoire avant le stationnaire

Le 1^{er} janvier 2019, le Département fédéral de l'intérieur a publié une liste d'interventions chirurgicales électives qui doivent être réalisées en ambulatoire plutôt qu'en stationnaire, ces mesures ayant pour but de contribuer à la maîtrise des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins. Le Conseil d'Etat entend privilégier les établissements qui respectent

ce principe non seulement depuis son entrée en vigueur mais également dans les années précédentes, et ceci autant dans le secteur listé que dans le secteur conventionné.

3.4.7 Les prestations ambulatoires en complément des hospitalisations

Certains groupes de prestations concernent des activités chirurgicales essentiellement réalisées en ambulatoire. Dans ces GPPH particuliers, l'hôpital qui, dans les trois dernières années, aura traité le plus grand nombre de cas total de l'activité ambulatoire et stationnaire sera privilégié.

3.4.8 L'interprétariat

Les populations migrantes présentes dans le canton forment une communauté particulière et leur accès aux soins est rendu difficile en raison de la barrière des langues. Dans son appréciation des dossiers, le Conseil d'Etat appréciera positivement les établissements qui offrent des prestations d'interprétariat à leur patientèle, ces dernières étant comprises dans les tarifs.

3.4.9 La formation des médecins

Pour lutter contre la pénurie médicale annoncée, il est important que les hôpitaux figurant sur la liste hospitalière participent à l'effort de formation de la relève médicale. Les cantons romands, dont le canton de Vaud, se sont engagés dans un projet intitulé REFORMER (Réorganisation de la formation médicale post-gradués en Suisse romande). Les établissements qui participent à l'effort de formation des médecins et qui s'engagent à participer au projet REFORMER seront privilégiés.

3.4.10 La formation des apprentis

Le Conseil d'Etat s'est engagé fortement dans la formation des apprentis et attend des établissements au bénéfice d'un mandat de prestations qu'ils participent à cet effort. Les hôpitaux qui participent à l'effort de formation des apprentis dans les domaines des soins et dans d'autres domaines seront privilégiés.

3.4.11 Durabilité

La durabilité vise à satisfaire les besoins actuels des habitants du canton sans compromettre la possibilité pour les générations futures de satisfaire les leurs le moment venu. Le Conseil d'Etat est particulièrement sensible à cette problématique et entend favoriser les établissements qui présenteront un concept global de durabilité touchant notamment l'efficacité énergétique de leurs installations, la gestion des consommables et des déchets ainsi que leur plan de mobilité.

4 Coordination des planifications

Selon la LAMal, les cantons sont appelés à coordonner leurs planifications. Pour se conformer à cette exigence, le Conseil d'Etat entend suivre les quatre démarches décrites ci-dessous.

4.1 Coordination de la MHS

La planification des prestations de médecine hautement spécialisée (MHS) est réalisée dans le cadre d'une convention intercantonale⁷. Les prestations concernées sont exclues du périmètre de planification cantonale car les cantons n'ont pas de compétence propre dans ce domaine.

4.2 Hôpitaux intercantonaux

Dans le paysage sanitaire vaudois, deux hôpitaux ont une situation particulière en lien avec leur statut intercantonal. Il s'agit de l'Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais (HRC), qui est un établissement de droit public propriété des cantons de Vaud et du Valais, ainsi que de l'Hôpital intercantonal de la Broye Vaud-Fribourg (HIB) qui, de même statut juridique, appartient aux cantons de Vaud et de Fribourg.

Les deux établissements trouvent leur légitimité dans des conventions intercantionales qui indiquent expressément que : « *L'Etablissement dispense des prestations dans le domaine sanitaire, conformément au mandat donné par les deux Conseils d'Etat.* ». Le Conseil d'Etat du Canton de Vaud respectera au plus près cette injonction et les cantons du Valais et de Fribourg seront formellement consultés sur les missions que le canton de Vaud entend attribuer à ces établissements.

4.3 Hôpitaux « importateurs »

Certains établissements situés sur le territoire cantonal vaudois effectuent un nombre important de traitements hospitaliers pour des ressortissants résidant hors du canton, sans toutefois être inscrits sur les listes hospitalières de ces cantons.

Dans le cas où ces établissements se verraient retenus pour une inscription sur la liste hospitalière vaudoise, le Conseil d'Etat serait amené à consulter le/les canton-s concernés avant de rendre une décision.

4.4 Hôpitaux situés hors du canton

Les établissements situés hors du territoire peuvent prétendre à une inscription sur la liste hospitalière vaudoise. Dans le cas où ces établissements se verraient retenus sur la liste hospitalière vaudoise, le Conseil d'Etat serait amené à consulter le canton siège avant de rendre une décision. Cet aspect est d'autant plus important si les missions que le Canton de Vaud entend confier à ces établissements ne figurent pas sur la liste LAMal du canton siège.

⁷ Convention intercantonale du 3 juillet 2008 relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS)

5 Suite des travaux

Le présent document est mis en consultation avec un délai de retour fixé au 7 juillet 2021.

Au terme de ce délai, le DSAS établira un rapport final qu'il soumettra à l'appréciation du Conseil d'Etat, instance compétente pour lancer l'appel d'offres.

Une fois les offres rentrées dans le délai imparti, le Conseil d'Etat procédera à l'analyse des dossiers sur la base des critères décrits dans le présent document.

Au terme de cette analyse, il permettra aux établissements d'exercer leur droit d'être entendu avant d'arrêter ses décisions qui seront de trois ordres :

- attribution de missions sans conditions ;
- attribution de missions sous conditions (avec notamment octroi d'un délai pour se mettre en règle) ;
- aucune mission octroyée.

Les établissements inscrits sur la liste hospitalière vaudoise se verront proposer par le DSAS un mandat de prestations découlant des conditions et critères listés plus haut. Le mandat de prestations n'est pas un mandat au sens du Code des obligations mais une obligation de prise en charge imposée par le canton et donnant droit à une rémunération correspondante conformément à la LAMal.

6 Glossaire

ANQ	Association nationale pour la qualité
ASI	Association suisse des infirmiers et infirmières
ASMAV	Association des médecins assistants et chefs de cliniques, section Vaud
ASSM	Académie suisse des sciences médicales
CARA	<i>Association de cantons romands chargée de développer la cybersanté.</i>
CCT san	Convention collective de travail dans le secteur sanitaire parapublic vaudois
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CNE	Commission nationale d'éthique
DGS	Direction générale de la santé, Vaud
DRG	<i>Diagnostic Related Group</i> ou Groupe homogène de patients
DSAS	Département de la santé et de l'action sociale, Vaud
FHV	Fédération des hôpitaux vaudois
GPPH	Groupement de prestations pour la planification hospitalière
H+	Organisation nationale des hôpitaux, cliniques et institutions de soins publics et privés
ITAR-K	<i>Modèle de tarif intégré basé sur la comptabilité analytique par unité finale d'imputation</i>
LAMal	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie
LPFES	Loi cantonale du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires publics
MHS	Médecine hautement spécialisée
OAMal	Ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie
OCF	Ordonnance fédérale du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissances et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie.
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
ORP	Office régional de placement
OTx	Ordonnance fédérale du 16 mars 2007 sur la transplantation d'organes, de tissus et e cellules humaines
PCI	Prévention et contrôle de l'infection
PLDO	Programme latin de don d'organe
REFORMER	Réforme d'organisation de la formation médicale en Suisse Romande
REKOLE	<i>Révision de la comptabilité analytique et de la saisie des prestations</i> (Revision des Kostenrechnung und der Leistungserfassung)
SMOB	<i>Société médicale spécialisée en médecine de l'obésité</i> (Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders)
SVM	Société vaudoise de médecine
SwissDRG SA	<i>Association suisse responsable de l'élaboration des systèmes tarifaires des prestations stationnaires</i>

7 Annexes

7.1 Annexe 1 : Typologie des services d'accueil en urgence

Le Canton de Vaud a mis sur pied une typologie des Services d'urgences, qui se décline en fonction des horaires d'ouverture, de la présence d'un médecin titulaire d'un titre délivré par l'Institut suisse pour la formation médicale post-graduée et continue (ISFM) directement affecté aux urgences et de l'infrastructure technique disponible.

Les deux premiers niveaux sont des permanences, ouvertes durant la journée, et ne sont pas considérées comme service d'urgences au sens de la présente planification. Il dispose d'une unité d'imagerie conventionnelle et aucune salle d'opération n'est dédiée à cette activité.

Le troisième niveau est le premier niveau d'urgences reconnu au sens de la planification. La prise en charge s'effectue 24h/24, une unité d'imagerie comprenant de la tomodensitométrie est disponible et le bloc opératoire peut être sollicité durant la journée.

Le quatrième niveau est le second niveau d'urgence reconnu au sens de la planification. Par rapport au niveau précédent, il se caractérise par un bloc opératoire disponible la journée et ouvert sur demande la nuit (piquet).

Enfin, le 5^{ème} niveau d'urgence correspond à une prise en charge d'urgence complète. Une salle d'opération est dédiée aux urgences, 24h/24. Ce niveau d'urgence est habilité à prendre en charge les urgences obstétricales.

Libellé	Permanence niveau 1	Permanence niveau 2	Urgences niveau 1	Urgences niveau 2	Urgences niveau 3
Horaire	12h/24	16h/24	24h/24	24h/24	24h/24
Imagerie	Conventionnelle	Conventionnelle	Tomodensitomètre	Tomodensitomètre	Tomodensitomètre
Bloc opératoire	Non disponible	Non disponible	Disponible de jour	Disponible 24h/24 (piquet)	Dédié

7.2 Annexe 2 : Tableau des GPPH selon de degré de centralisation

Domaines de prestations	Sigle	Désignation	Degré de centralisation				
			Mission générale	1 hôp. par région	2-3 hôp. pour le canton	1 hôp. pour le canton	MHS
Paquet de base	BP	Paquet de base chirurgie et médecine interne	X				
	BPE	Paquet de base pour fournisseurs de prestations programmées	X				
Dermatologie	DER1	Dermatologie (y c. vénéréologie)	X				
	DER1.1	Oncologie dermatologique				X	
	DER1.2	Affections cutanées graves				X	
	DER2	Traitement des plaies	X				
Oto-rhino-laryngologie	HNO1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL)	X				
	HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale	X				
	HNO1.1.1	Interventions ORL complexes interdisciplinaires (chirurgie tumorale)				X	
	HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus	X				
	HNO1.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)				X	
	HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympaoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)				X	
	HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille avec oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère				X	
	HNO1.3.2	Implants cochléaires (CIMédecine hautement spécialisée)					X
HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	X					
KIE1	Chirurgie maxillaire			X			
Neurochirurgie	NCH1	Neurochirurgie crânienne				X	
	NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée				X	
	NCH1.1.1	Traitement des pathologies vasculaires du SNC hormis les anomalies vasculaires complexes (CIMédecine hautement spécialisée)					X
	NCH1.1.1.1	Traitement des anomalies vasculaires complexes du SNC (CIMédecine hautement spécialisée)					X
	NCH1.1.2	Neurochirurgie stéréotaxique fonctionnelle (CIMédecine hautement spécialisée)					X
	NCH1.1.3	Chirurgie de l'épilepsie (CIMédecine hautement spécialisée)					X
	NCH2	Neurochirurgie spinale				X	
NCH2.1	Processus expansifs intramédullaires primaires et secondaires (CIMédecine hautement spécialisée)					X	
NCH3	Neurochirurgie périphérique				X		
Neurologie	NEU1	Neurologie	X				
	NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux				X	
	NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)				X	
	NEU3	Maladies cérébrovasculaires	X				
	NEU3.1	Traitement des accidents vasculaires cérébraux en Stroke Center (CIMédecine hautement spécialisée)					X
	NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe				X	
	NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe				X	
NEU4.2	Epileptologie: diagnostic préopératoire de l'épilepsie avec monitoring intensif (CIMédecine hautement spécialisée)					X	
Ophthalmologie	AUG1	Ophthalmologie				X	
	AUG1.1	Strabologie				X	
	AUG1.2	Orbite, paupières, voies lacrymales				X	
	AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur				X	
	AUG1.4	Cataracte				X	
	AUG1.5	Affections du corps vitré / de la rétine				X	
Endocrinologie	END1	Endocrinologie	X				
Gastroentérologie	GAE1	Gastroentérologie		X			
	GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée		X			
Chirurgie viscérale	VIS1	Chirurgie viscérale	X				
	VIS1.1	Chirurgie pancréatique lourde (CIMédecine hautement spécialisée)					X
	VIS1.2	Résection hépatique lourde (CIMédecine hautement spécialisée)					X
	VIS1.3	Résections œsophagiennes (CIMédecine hautement spécialisée)					X
	VIS1.4	Chirurgie bariatrique			X		
	VIS1.4.1	Chirurgie bariatrique complexe (CIMédecine hautement spécialisée)					X
VIS1.5	Résection rectale profonde (CIMédecine hautement spécialisée)					X	
Hématologie	HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës				X	
	HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative				X	
	HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	X				
	HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	X				
	HAE4	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques autologues				X	
HAE5	Transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques (CIMédecine hautement spécialisée)					X	
Vaisseaux	GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)			X		
	ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artériels)			X		
	GEFA	Interventions et chirurgie vasculaire sur les vaisseaux intra-abdominaux				X	
	GEF3	Chirurgie carotidienne			X		
	ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens			X		
	RAD1	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)			X		
Cœur	HER1	Chirurgie cardiaque simple				X	
	HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)				X	
	HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)				X	
	HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe				X	
	HER1.1.3	Chirurgie et interventions sur l'aorte thoracique				X	
	HER1.1.4	Interventions ouvertes sur la valve aortique				X	
	HER1.1.5	Interventions ouvertes sur la valve mitrale				X	
	KAR1	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)	X				
	KAR1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)			X		
	KAR1.1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)				X	
	KAR1.2	Electrophysiologie (ablations)				X	
	KAR1.3	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)			X		

Domaines de prestations	Sigle	Désignation	Degré de centralisation				
			Mission générale	1 hôp. par région	2-3 hôp. pour le canton	1 hôp. pour le canton	MHS
Néphrologie	NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	X				
Urologie	URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	X				
	URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	X				
	URO1.1.1	Prostatectomie radicale			X		
	URO1.1.2	Cystectomie radicale			X		
	URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)			X		
	URO1.1.4	Surrénalectomie isolée			X		
	URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel				X	
	URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs				X	
Pneumologie	PNE1	Pneumologie	X				
	PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale			X		
	PNE1.2	Evaluation avant ou status après transplantation pulmonaire				X	
	PNE1.3	Mucoviscidose			X		
	PNE2	Polysomnographie			X		
Chirurgie thoracique	THO1	Chirurgie thoracique				X	
	THO1.1	Cancers du système respiratoire résection curative par lobectomie / pneumonectomie)				X	
	THO1.2	Opérations sur le médiastin				X	
Transplantation d'organes solides	TPL1	Transplantation cardiaque (CIMédecine hautement spécialisée)					X
	TPL2	Transplantation pulmonaire (CIMédecine hautement spécialisée)					X
	TPL3	Transplantation hépatique (CIMédecine hautement spécialisée)					X
	TPL4	Transplantation pancréatique (CIMédecine hautement spécialisée)					X
	TPL5	Transplantation rénale CIMédecine hautement spécialisée)					X
	TPL6	Transplantation intestinale				X	
	TPL7	Transplantation splénique				X	
Orthopédie	BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	X				
	BEW2	Orthopédie	X				
	BEW3	Chirurgie de la main	X				
	BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	X				
	BEW5	Arthroscopie du genou	X				
	BEW6	Reconstruction des membres supérieurs		X			
	BEW7	Reconstruction des membres inférieurs	X				
	BEW7.1	Prothèses de hanche de première intention	X				
	BEW7.1.1	Reprises de prothèse de hanche			X		
	BEW7.2	Prothèses du genou de première intention	X				
	BEW7.2.1	Reprises de prothèses de genou			X		
	BEW8	Chirurgie du rachis			X		
	BEW8.1	Chirurgie spécialisée du rachis				X	
	BEW9	Tumeurs osseuses				X	
	BEW10	Chirurgie du plexus				X	
	BEW11	Réimplantations				X	
Rhumatologie	RHE1	Rhumatologie	X				
	RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire				X	
Gynécologie	GYN1	Gynécologie	X				
	GYNT	Tumeurs gynécologiques			X		
	GYN2	Centre de sénologie certifié reconnu	X				
	PLC1	Interventions liées à la transsexualité				X	
Obstétrique	GEBH	Maisons de naissance (à partir de la 37 ^e sem.)	X				
	GEB1	Soins de base en obstétrique (à partir de AG 35 0/7 SA et PN 2000g)	X				
	GEB1.1	Obstétrique (à partir de AG 32 0/7 SA et PN 1250g)			X		
	GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée				X	
Nouveau-nés	NEOG	Soins de base aux nouveau-nés maison de naissance (dès 37 SA et PN 2000g)					
	NEO1	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 35 0/7 SA et PN 2000g)	X				
	NEO1.1	Soins de base aux nouveau-nés (dès AG 32 0/7 SA et PN 1250g)		X			
	NEO1.1.1	Néonatalogie (à partir d'AG 28 0/7 SA et PN 1000g)		X			
	NEO1.1.1.1	Néonatalogie hautement spécialisée (AG < 28 0/7 SA et PN < 1000g)				X	
(Radio-)oncologie	ONK1	Oncologie	X				
	RAO1	Radio-oncologie			X		
	NUK1	Médecine nucléaire			X		
Traumatismes graves	UNF1	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)			X		
	UNF1.1	Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes crano-cérébraux)			X		
	UNF2	Brûlures étendues (CIMédecine hautement spécialisée)					X
Domaines pluridisciplinaires	KINM	Pédiatrie		X			
	KINC	Chirurgie pédiatrique				X	
	KINB	Chirurgie pédiatrique de base		X			
	GER	Centre de compétences en gériatrie aiguë	X				
	PAL	Centre de compétences en soins palliatifs		X			
	AVA	Soins somatiques aigus de personnes souffrant de maladies de dépendance				X	
	ISO	Unité d'isolement spéciale				X	