



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

**Conditions-cadres de l'appel
d'offres**

28 novembre 2022

Table des matières

1	Introduction	4
1.1	Rappel du processus.....	4
1.2	Rappel : Synthèse de l'évaluation des besoins.....	5
1.3	Organisation hospitalière en situation de crise sanitaire	6
2	Méthodologie pour la définition des critères d'accès à la liste hospitalière.....	6
2.1	Principes	6
2.2	Contexte légal	7
2.2.1	Rappel des articles de l'OAMal	7
2.2.2	Marge d'appréciation des cantons.....	8
3	Critères d'octroi de mandats de prestations et d'accès à la liste hospitalière.....	9
3.1	Modèle de planification.....	9
3.2	Spécificités vaudoises du modèle GPPH.....	10
3.2.1	« Paquet de base »	10
3.2.2	« Paquet de base d'une spécialité »	11
3.2.3	Patients victimes d'AVC (accident vasculaire cérébral)	11
3.2.4	Chirurgie bariatrique.....	12
3.2.5	Localisation des prestations par site.....	13
3.2.6	L'hôpital universitaire.....	13
3.2.7	Pôles santé	13
3.3	Missions particulières dans le modèle GPPH	14
3.3.1	Unités de soins palliatifs.....	14
3.3.2	Maisons de naissance.....	14
3.4	Transparence.....	16
3.5	Capacité à remplir les missions.....	17
3.5.1	Autorisation d'exploiter	17
3.5.2	Obligations en cas de cessation d'activité	17
3.6	Economicité et qualité des prestations	17
3.6.1	Le caractère économique des prestations	17
3.6.2	La pérennité économique de l'activité	18
3.6.3	Qualité et sécurité des prestations	18
3.6.4	Centralisation des missions et accessibilité.....	20
3.6.5	Responsabilité et organisation médicale	22
3.6.6	Masse critique et contribution à la couverture des besoins.....	23
3.6.7	Conditions de travail.....	24
3.6.8	Modèles de rémunérations.....	25
3.6.9	Gestion des quantités.....	26
3.6.10	Collaborations institutionnelles	26
3.6.11	Dossier patient informatisé et dossier électronique du patient	27
3.7	Obligation d'admission	27
4	Coordination des planifications.....	28
4.1	Coordination de la MHS	29
4.2	Hôpitaux intercantonaux et Conventions intercantionales	29
4.2.1	Hôpitaux « importateurs »	30
4.2.2	Hôpitaux situés hors du canton	30
4.2.3	Flux intercantonaux de patients.....	30
5	Suite des travaux.....	30
5.1	Etablissement de la liste LAMal.....	31
5.2	Etablissement des mandats de prestations	31
5.2.1	Exigences inscrites dans les mandats de prestations.....	31
6	Glossaire.....	32

7	Annexes	33
7.1	Annexe 1 : Modèle de répartition des missions	33
7.2	Annexe 2 : Tableau des GPPH selon le degré de centralisation.....	35
7.3	Annexe 3 : Exigences inscrites dans les mandats de prestations	37
7.3.1	Exigences liées à la LAMal.....	37
7.3.2	Exigences issues de la législation cantonale	37
7.3.3	Exigences imposées par le Conseil d'Etat.....	38

1 Introduction

Le présent document a pour objectif de définir les conditions-cadres de l'appel d'offres, prélude à la création d'une nouvelle liste LAMal hospitalière vaudoise. Bien que le processus de sélection des établissements hospitaliers qui vont composer la liste hospitalière cantonale ne soit pas soumis aux principes des marchés publics, le Conseil d'Etat s'inspire de cette démarche en définissant et en communiquant préalablement les critères qui l'orienteront dans son choix.

Le périmètre recouvre le domaine des hospitalisations somatiques aiguës. La psychiatrie et la réadaptation stationnaires seront abordées dans un second temps.

1.1 Rappel du processus

OAMal : Art. 58a **Principe**

¹ *La planification en vue de couvrir les besoins en soins (art. 39, al. 1, let. d, LAMal) garantit aux habitants des cantons qui l'établissent le traitement hospitalier à l'hôpital ou dans une maison de naissance ainsi que le traitement dans un établissement médico-social.*

² *Elle est réexaminée périodiquement.*

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 dont l'entrée en vigueur est prévue dans le courant de l'année 2023.

Le processus choisi respecte les étapes prévues par l'Ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal, art. 58b). Pour mémoire, le Canton doit d'abord déterminer les besoins en soins de la population (art. 58 al. 1 OAMal), puis en déduire l'offre d'établissements ne figurant pas sur la liste hospitalière que cette population utilise (art. 58 al. 2 OAMal), afin de définir l'offre qui doit être garantie par l'inscription d'établissements sur cette liste (art. 58 al. 3 OAMal). Ensuite, il doit choisir les hôpitaux qui seront inscrits sur sa liste hospitalière pour assurer l'offre précitée, au terme d'une procédure d'évaluation conforme à l'art. 58b al. 4 et 5 OAMal. Enfin, il doit accorder aux hôpitaux choisis des mandats de prestations (art. 58e al. 3 LAMal) et les inscrire sur la liste hospitalière pour les pôles d'activités déterminés par ces mandats (art. 58e al. 1 et 2 OAMal).

Dans la première étape, les besoins en soins stationnaires somatiques aigus de la population vaudoise et l'offre à assurer par une inscription sur la liste hospitalière cantonale (selon les principes de l'art. 58 al. 2 et 3 OAMal) ont été définis. Cette étape a été réalisée et un rapport d'évaluation basé sur les données 2017 a été arrêté par décision du Conseil d'Etat du 1^{er} juillet 2020. Dans un but d'actualisation des chiffres, les tableaux de données ont depuis été recalculés, sur la base des données 2019 des hôpitaux.

La seconde étape consiste à lancer un appel d'offres aux établissements hospitaliers, au terme duquel le Conseil d'Etat sélectionnera ceux qui obtiendront des mandats de prestations et seront inscrits sur la liste hospitalière cantonale, afin de garantir l'offre de soins dont la

population vaudoise a besoin. Cette sélection se fondera sur les critères de planification, déterminés conformément aux prescriptions du droit fédéral, qui sont exposés par le présent rapport.

1.2 Rappel : Synthèse de l'évaluation des besoins

OAMal : Art. 58b Planification des besoins en soins

¹ Les cantons déterminent les besoins en soins selon une démarche vérifiable. Ils se fondent notamment sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons et prennent en compte notamment les facteurs d'influence pertinents pour la prévision des besoins.

² Ils déterminent l'offre utilisée dans les établissements qui ne figurent pas sur la liste visée à l'art. 39, al. 1, let. e LAMal qu'ils ont arrêtée.

³ Ils déterminent l'offre qui doit être garantie par l'inscription sur la liste d'établissements situés dans le canton et d'établissements situés hors du canton afin d'assurer la couverture des besoins. Ils déduisent à cet effet l'offre déterminée conformément à l'al. 2 des besoins déterminés conformément à l'al. 1.

Un document intitulé « Rapport d'évaluation des besoins en soins aigus somatiques » a été élaboré par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) lors de la réalisation de la première étape du processus de planification.

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 initialement comme données de référence. Un certain temps s'étant écoulé depuis la publication du rapport, les tableaux d'analyses ont été réactualisés avec des données 2019 des établissements hospitaliers qui ont été préférées à celles de l'année 2020, plus récentes, mais trop impactées par la pandémie de la COVID-19 (les tableaux mis à jour sont disponibles sur le site à la même adresse) ;
- l'évaluation des besoins concerne les prestations stationnaires somatiques aigues, 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 décrivent les besoins en soins de la population vaudoise ainsi que les activités en soins somatiques aigus des établissements hospitaliers du canton

indépendamment de la provenance des patients. Le rapport et sa mise à jour peuvent être téléchargés sur le site de l'Etat de Vaud à l'adresse : www.vd.ch/planification-hospitaliere

1.3 Organisation hospitalière en situation de crise sanitaire

La pandémie due au COVID-19 a montré la fragilité des organisations hospitalières lorsqu'elles sont confrontées à une crise sanitaire majeure. Pour anticiper de telles situations, il est nécessaire de prévoir suffisamment de capacités de réserve et de les répartir sur le territoire.

Or, les coûts inhérents à ces surcapacités ne peuvent être mis à charge de l'AOS et ne doivent par conséquent pas être pris en compte dans le cadre d'une planification hospitalière respectueuse de l'art. 39 LAMal.

Il s'agira pour le Conseil d'Etat, respectivement pour le DSAS, de définir la dimension des surcapacités nécessaires, de confier des mandats spéciaux à des hôpitaux listés pour les couvrir et de financer les surcoûts qui en découleront.

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

2.1 Principes

La LAMal donne mandat au canton d'établir la planification hospitalière cantonale et la LPFES confie cette tâche au Conseil d'Etat. Pour rappel, les buts poursuivis par ces législations sont de garantir la couverture des besoins en soins stationnaires de la population vaudoise, d'assurer un standard de qualité adéquate et de contribuer à la maîtrise des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins. L'inscription d'un établissement sur une liste LAMal lui donne droit aux contributions financières de l'assurance obligatoire des soins, soit au financement de ses prestations par l'Etat et par les assurances-maladies à hauteur de respectivement 55% et 45% des tarifs négociés.

Pour pouvoir figurer sur une liste hospitalière, les établissements doivent respecter un certain nombre de critères fixés de manière uniforme sur le plan fédéral. Ces critères ne sont toutefois pas exhaustifs et les cantons disposent d'une certaine marge de manœuvre pour les préciser et les compléter. Le Conseil d'Etat entend exploiter cette compétence en imposant des critères spécifiques d'accès à la liste hospitalière vaudoise dans le respect du cadre juridique fixé par la LAMal, l'OAMal et la jurisprudence.

Tous les établissements hospitaliers de Suisse, qu'ils soient publics, privés à but idéal ou privés à but commercial, peuvent se porter candidats pour figurer sur la liste hospitalière vaudoise. Ils seront pris en compte de manière adéquate lors de l'ultime étape du processus de planification. L'interdiction de l'arbitraire exclut de fait toute discrimination. Néanmoins, selon le Tribunal administratif fédéral (arrêt du 17 septembre 2021 relatif à la planification hospitalière neuchâteloise 2015 (C-7017/2015), le fait que les établissements privés doivent « être pris en considération » ne signifie pas que les organismes concernés puissent directement figurer sur la liste, pour l'intégralité de son offre disponible. En effet, selon le

Tribunal administratif fédéral, la loi leur confère uniquement un droit à être admis à la procédure d'évaluation.

2.2 Contexte légal

La législation fédérale fixe la démarche qui doit être appliquée dans le processus ainsi que dans les critères de planification.

Une certaine marge de manœuvre des cantons est toutefois reconnue par la jurisprudence fédérale. Dans ce contexte, le Conseil d'Etat s'est notamment référé aux 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. De plus, plus de neuf années après l'entrée en force des nouvelles règles relatives au financement hospitalier et à la planification hospitalière, la jurisprudence rendue depuis permet de mieux cerner l'interprétation qui doit ou qui peut être faite des différentes dispositions légales. Enfin, pour donner suite à la modification du 19 juin 2020 de la LAMal relative aux critères de planification, l'OAMal a été également adaptée. Cette modification qui entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022 a été prise en compte dans la rédaction du présent rapport.

2.2.1 Rappel des articles de l'OAMal

Les articles de l'OAMal relatifs à la planification hospitalière en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 sont les suivants :

OAMal : Art. 58b Planification des besoins en soins

⁴ Afin de déterminer l'offre qui doit être garantie par la liste, les cantons prennent notamment en compte :

- a. le caractère économique et la qualité de la fourniture des prestations ;
- b. l'accès des patients au traitement dans un délai utile ;
- c. la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations.

OAMal : Art. 58c Type de planification

La planification s'effectue de la manière suivante :

- a. pour la couverture des besoins en soins des assurés dans les hôpitaux pour le traitement des maladies somatiques aiguës, ainsi que dans les maisons de naissance, la planification est liée aux prestations ;
- b. ... (la lettre concerne les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation)
- c. ... (la lettre concerne les établissements médico-sociaux)

¹ *Recommandations du 20.5.2022 de la CDS sur la planification hospitalière*

OAMal : Art. 58d Évaluation du caractère économique et de la qualité

¹ L'évaluation du caractère économique des hôpitaux et des maisons de naissance s'effectue notamment grâce à des comparaisons des coûts ajustés selon le degré de gravité des cas traités. Pour les établissements médico-sociaux, le caractère économique des prestations fournies doit être pris en considération de manière appropriée.

² L'évaluation de la qualité des établissements consiste notamment à examiner si l'ensemble de l'établissement remplit les exigences suivantes :

- a. disposer du personnel nécessaire qualifié ;
- b. disposer d'un système de gestion de la qualité approprié ;
- c. disposer d'un système interne de rapports et d'apprentissage approprié et avoir adhéré à un réseau de déclaration des événements indésirables uniforme à l'ensemble de la Suisse, pour autant qu'un tel réseau existe ;
- d. disposer des équipements permettant de participer aux mesures nationales de la qualité ;
- e. disposer de l'équipement garantissant la sécurité de la médication, notamment grâce à l'enregistrement électronique des médicaments prescrits et délivrés.

³ Les résultats des mesures de la qualité réalisées à l'échelle nationale peuvent être utilisés comme critères de sélection des établissements.

⁴ L'évaluation des hôpitaux doit porter en particulier sur la mise à profit des synergies, sur les nombres minimums de cas et sur le potentiel de concentration des prestations pour le renforcement du caractère économique et de la qualité des soins.

⁵ L'évaluation du caractère économique et de la qualité peut se fonder sur des évaluations réalisées par d'autres cantons, pour autant qu'elles ne soient pas dépassées.

En complément à l'art. 58d OAMal qui traite de la qualité des prestations, l'art 58g OAMal, qui concerne tous les fournisseurs de soins, s'applique également aux établissements candidats à l'inscription sur la liste hospitalière.

OAMal : Section 12 Exigences de qualité

Art. 58g

Les fournisseurs de prestations doivent remplir les exigences de qualité suivantes :

- a. disposer du personnel nécessaire qualifié ;
- b. disposer d'un système de gestion de la qualité approprié ;
- c. disposer d'un système interne de rapports et d'apprentissage approprié et avoir adhéré à un réseau de déclaration des événements indésirables uniforme à l'ensemble de la Suisse, pour autant qu'un tel réseau existe
- d. disposer des équipements permettant de participer aux mesures nationales de la qualité.

2.2.2 Marge d'appréciation des cantons

Les cantons, lors de leur planification, doivent respecter la législation fédérale et la jurisprudence. Toutefois, celles-ci leur réservent une marge d'appréciation significative, qui est régulièrement rappelée dans les arrêts du Tribunal administratif fédéral (TAF) notamment.

Ainsi, dans son arrêt du 17 septembre 2021 relatif à la planification hospitalière neuchâteloise 2015 (C-7017/2015), le TAF rappelle que « Lors de l'élaboration de la planification et de la liste

hospitalière, le canton dispose [...] d'un large pouvoir d'appréciation » (consid. 3.1.1). En effet, « S'agissant de la planification hospitalière, la Confédération s'est contentée d'adopter une réglementation-cadre en fixant certains objectifs et principes obligatoires (art. 39 LAMal et art. 58a ss OAMal), tout en laissant aux cantons le soin et la compétence de les concrétiser. Dans ces limites, la planification hospitalière demeure du ressort des cantons, lesquels disposent d'une importante marge de manœuvre, ou pouvoir d'appréciation, lors de l'élaboration de cette planification et de leur liste hospitalière. Par pouvoir ou liberté d'appréciation, on qualifie les situations dans lesquelles la norme laisse à l'autorité administrative le choix entre plusieurs solutions, qui sont a priori toutes également légales [...]. Les cantons doivent ainsi légiférer sans violer le sens et l'esprit de la législation fédérale, ni contredire son but. » (consid. 3.1.2 et les références).

Toujours dans cet arrêt, le TAF souligne le caractère politique de la planification hospitalière et ses conséquences : « La décision d'inscrire ou non un établissement sur la liste revêt une importance majeure en matière de politique de santé et de politique sociale, mais aussi en matière de politique régionale, de politique de l'emploi et de politique générale. Il s'agit avant tout d'une décision politique. Par conséquent la loi ne confère pas aux établissements le droit de figurer sur la liste des hôpitaux, même lorsque ces hôpitaux remplissent toutes les exigences spécifiques à un groupe de prestations. » (consid. 8.4 et les références citées).

Dans le cadre de la présente procédure, le Conseil d'Etat respectera pleinement le sens et l'esprit de la législation fédérale, tout en utilisant à bon escient la marge d'appréciation qui lui est reconnue, y compris sous un angle politique.

3 Critères d'octroi de mandats de prestations et d'accès à la liste hospitalière

Le Conseil d'Etat entend se fonder sur les critères exposés dans le présent chapitre 3, lors de son choix des établissements qui prétendent à l'octroi d'un mandat de prestations et à une inscription sur la liste hospitalière cantonale des soins aigus somatiques.

Si, en lien avec un critère, l'offre d'un hôpital ou d'une clinique ne correspond pas entièrement aux attentes définies ci-dessous, cet établissement doit signaler cette différence explicitement et l'expliquer de façon détaillée, afin que le Conseil d'Etat puisse prendre cet aspect en considération lors de son évaluation.

3.1 Modèle de planification

Un établissement doit garantir sa disponibilité et sa capacité à remplir son mandat. Pour cela, il doit 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.

De façon à garantir le respect de ces exigences, le concept de groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) du modèle développé par le Canton de Zürich (« modèle GPPH zurichois »), qui a été retenu pour l'évaluation des besoins en soins aigus hospitaliers

somatiques, est également prévu pour la planification. Ceci inclut toutes les exigences spécifiques aux groupes de prestations de ce modèle GPPH zurichois, 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 adapté aux missions de 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.

L'établissement qui sollicite un mandat doit offrir toutes les prestations d'un groupe GPPH selon le modèle GPPH zurichois. Il ne peut pas choisir des prestations spécifiques au sein d'un groupe.

Il doit remplir toutes les exigences susmentionnées pour chaque groupe de prestations.

3.2 Spécificités vaudoises du modèle GPPH

3.2.1 « Paquet de base »

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

Cela étant, 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 hospitalisation². Cela signifie que le financement par DRG permet globalement à un hôpital de couvrir ses coûts, de générer des marges sur certaines hospitalisations et de combler ainsi les pertes réalisées sur d'autres.

Dès lors, un établissement qui concentrerait son activité sur certaines missions et sélectionnerait les patients les plus « profitables » pourrait générer une activité très rémunératrice, tout en laissant aux autres établissements les cas plus onéreux, avec le risque que, faute de moyens, ils ne puissent plus garantir l'offre de soins pour lesquels ils figurent sur la liste. La planification hospitalière cantonale serait ainsi mise en péril. Si l'obligation

² Le degré de prédictibilité des coûts dans le modèle SwissDRG est inférieur à 60%.

d'admission permet d'éviter dans une certaine mesure la sélection de patients, la répartition des missions doit être réfléchi de manière équitable.

Dans le cadre de la présente procédure de planification, les prestations peu recherchées sont incluses dans les missions dites du « paquet de base », qui demandent moins d'expertise et pour lesquelles le critère de l'accessibilité est primordial. Elles représentent la grande majorité des hospitalisations.

Fort des constats qui précèdent, le Conseil d'Etat entend appliquer les principes suivants :

- un établissement doit assumer la mission du « paquet de base » pour figurer sur la liste (et, le cas échéant, pouvoir solliciter en sus l'octroi de missions de proximité et/ou à centraliser, au sens du chiffre 3.6.4) ;
- un établissement ne doit pas opérer de sélection parmi les prestations qui composent le « paquet de base », mais les offrir toutes.

Une exception est prévue pour les établissements spécialisés dans une discipline spécifique (« paquet de base d'une spécialité »). Dans ce cas, l'établissement peut se voir attribuer une mission spécifique, en lien avec sa spécialité (voir chiffre 3.2.2 ci-dessous).

L'établissement listé doit assumer l'ensemble des missions du « paquet de base », sans procéder à une sélection parmi celles-ci.

Est réservé le cas des établissements sollicitant le « paquet de base d'une spécialité ».

3.2.2 « Paquet de base d'une spécialité »

Le modèle GPPH zurichois prévoit un « paquet de base électif » pour les fournisseurs de prestations qui n'offrent que des hospitalisations programmées et qui n'ont, de ce fait, pas de service d'urgence. Le Conseil d'Etat ne juge pas ce modèle pertinent pour le canton de Vaud et n'entend donc pas attribuer de « paquet de base électif ».

En lien avec le chiffre 3.2.1, le Conseil d'Etat constate qu'il existe des établissements dits spécialisés, qui ne sont actifs que dans une discipline médicale spécifique. Ces établissements ne seraient donc pas en mesure d'offrir toutes les prestations du « paquet de base ». Afin qu'ils puissent néanmoins contribuer à la couverture des besoins en soins de la population, le Conseil d'Etat a prévu à leur intention un « paquet de base d'une spécialité ».

Les établissements concernés sont de ce fait limités à revendiquer ce « paquet de base d'une spécialité » et les GPPH relatifs à leur discipline d'activité.

Le « paquet de base électif » du modèle GPPH zurichois n'est pas applicable dans le cadre de la présente planification.

L'établissement spécialisé dans une discipline médicale doit solliciter des groupes de prestations qui entrent dans sa spécialité (« paquet de base d'une spécialité »).

3.2.3 Patients victimes d'AVC (accident vasculaire cérébral)

Les données scientifiques des derniers 25 ans montrent de multiples bénéfices de la prise en charge des patients AVC dans une « Unité cérébrovasculaire » (ou « *Stroke Unit* ») :

- réduction du handicap de 21% à moyen terme et réduction de la mortalité plus institutionnalisation de 22% à moyen terme ;
- possibilité de bénéficier d'une revascularisation aiguë 24h/24 (thrombolyse, et thrombectomie en convention avec les « Centres cérébrovasculaires » (ou « *Stroke Centers* »), avec un bénéfice supplémentaire sur le handicap et une réduction de la mortalité de 41 % (thrombolyse < 3 heures) jusqu'à 63% (thrombectomie < 6 heures) ;
- mise en place d'une prévention secondaire appropriée et basée sur l'évidence médicamenteuse, comportementale et interventionnelle (endartériectomie/stenting des artères précérébrales, fermeture des foramens ovales), réduisant les récives cérébrovasculaires et vasculaires à court et long terme de 60-80% ;
- identification et orientation de patients sélectionnés vers la médecine hautement spécialisée (Centre cérébrovasculaires CHUV, neuroradiologie interventionnelle, neurochirurgie vasculaire) ;
- amélioration de la précision diagnostique, intensification de la rééducation précoce combinant ergothérapie, logopédie, neuropsychologie et physiothérapie, utilisation appropriée des décisions palliatives, et orientation précoce motivée, tout ceci selon des concepts institutionnels et un système de gestion de qualité.

Le Conseil d'Etat entend limiter la gestion des patients cérébrovasculaires aux établissements qui possèdent une « Unité cérébrovasculaire » intégrée dans un réseau de collaboration avec un « Centre cérébrovasculaire », exigence qui respecte par ailleurs les recommandations des Sociétés savantes Suisses, Européennes et mondiales.

L'établissement qui sollicite un mandat pour le traitement des « maladies cérébrovasculaires » (GPPH NEU3) doit posséder une unité de type « Centre cérébrovasculaire - Stroke center » certifiée ou une unité de type « Unité cérébrovasculaire - Stroke unit » certifiée qui collabore avec un « Centre cérébrovasculaire - Stroke center ».

3.2.4 Chirurgie bariatrique

L'intervention chirurgicale en chirurgie bariatrique représente une partie très limitée de la prise en charge globale d'une personne souffrant d'obésité (ou de diabète selon les nouvelles indications). Sans être inscrite dans un réseau de prise en charge qui inclut le 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 et le bénéfice de l'opération à long terme. Plus généralement, les contraintes et complications à long terme de ces opérations, si elles ne sont pas réalisées dans les meilleures conditions, justifient que le processus de traitement du patient soit soumis à des exigences de qualité spécifiques.

Ainsi, le Conseil d'Etat entend appliquer strictement les conditions définies 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 établissement fournissant cette prestation qu'il soit ancré dans le réseau communautaire grâce à un suivi pré-et postopératoire 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 le concours d'un médecin généraliste de la communauté de résidence du patient, qui le suit et

qui le suivra au long cours après l'opération. Enfin, un médecin formé et apte doit être disponible en tout temps pour un avis ou une opération (reprise opératoire) durant toute la phase postopératoire, qui est particulièrement à risque.

L'établissement qui sollicite un mandat de chirurgie bariatrique (GPPH VIS1.4) doit être certifié par la SMOB et répondre aux dernières recommandations en matière d'indications chirurgicales. Il doit également livrer un concept de prise en charge des patients souffrant d'obésité propre à démontrer l'ancrage communautaire de sa démarche. Enfin, l'établissement 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.

De manière générale, le Conseil d'Etat souhaite une concentration des opérations de chirurgie bariatrique sur les établissements qui offrent les meilleures conditions.

3.2.5 Localisation des prestations par site

Les mandats de prestations sont attribués à un site hospitalier particulier, non à un établissement en tant que structure juridique (exploitant éventuellement plusieurs sites), ni à une structure juridique détenant plusieurs établissements. Cette conception, qui était jusqu'à présent facultative selon les recommandations de la CDS, est désormais expressément prévue par l'art. 58f al. 2 OAMal.

L'établissement doit indiquer précisément le site sur lequel il entend réaliser chaque prestation.

3.2.6 L'hôpital universitaire

Le CHUV doit remplir les critères exigés pour toutes les missions auxquelles il prétend à l'exception de celui concernant l'autorisation d'exploiter car, en tant que service de l'Etat, cette dernière lui est octroyée par la loi.

Le CHUV doit présenter un dossier de postulation complet qui réponde à toutes les conditions, excepté celle qui concerne l'autorisation d'exploiter.

Néanmoins, son statut universitaire lui donne un rôle particulier dans l'organisation hospitalière du canton et plus largement de la Romandie, s'agissant notamment de ses missions de formation et d'hôpital de dernier recours. Lors de l'attribution des missions, le Conseil d'Etat tiendra compte de ces tâches spécifiques.

3.2.7 Pôles santé

La géographie du canton de Vaud légitime l'existence d'établissements 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 se voir attribuer le groupe de prestations « paquet de base », un Pôle santé doit produire un accord de collaboration avec un établissement partenaire capable de le soutenir. Ces accords doivent permettre à ces pôles, en collaboration avec leur établissement partenaire, d'offrir la totalité des prestations comprises dans le « paquet de base ».

Dans ce contexte, un Pôle santé ne peut prétendre à aucun autre groupe de prestation GPPH que celui du « paquet de base ».

3.3 Missions particulières dans le modèle GPPH

Deux missions particulières du modèle de planification GPPH recommandé par la CDS font l'objet d'un traitement spécifique. Il s'agit des missions de soins palliatifs (PAL) et des maisons de naissance (GEBH).

3.3.1 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, dans les établissements de long séjour et dans les établissements hospitaliers ;
- créer et à soutenir des équipes mobiles capables d'intervenir en première ou en deuxième ligne ;
- créer des établissements de long séjour spécialisés en soins palliatifs (Résidences palliatives) ;
- reconnaître des unités hospitalières de soins palliatifs aigus. Seule cette dernière catégorie est concernée par le processus de planification hospitalière LAMal.

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 besoins correspondant à 150 cas par an (soit 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.

L'établissement qui sollicite un mandat de soins palliatifs aigus doit présenter un dossier complet qui couvre l'entier de la problématique.

3.3.2 Maisons de naissance

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

Or la grande majorité de ces derniers sont des accouchements dits « physiologiques » qui ne nécessitent pas de prestations médicales. La présence d'obstétriciens, d'anesthésistes et de 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 naissance et à domicile présentent des risques pour la mère et l'enfant en cas de complications.

Dans le message à l'appui de la modification de l'OAMal, il est indiqué que « *Les cantons doivent aussi identifier et comparer la part du personnel spécialisé par rapport au reste du personnel dans les maisons de naissance. Ces dernières doivent garantir en outre qu'elles disposent de suffisamment de personnel qualifié pour faire face aux situations difficiles.* ». Et plus loin : « *Pour les maisons de naissance, des conditions comme la garantie pour l'assurée d'être vue par un médecin spécialiste ou celle d'un transport immédiat en cas d'urgence sont essentielles.* ». D'autre part, pour rappel, le Tribunal administratif fédéral a précisé que « *les cantons sont en droit de limiter l'accès à la procédure d'évaluation aux établissements privés qui seront appelés à contribuer de manière importante à la couverture des besoins.* ». Enfin, le concept GPPH contient un certain nombre d'« exigences de qualité envers les maisons de naissance ». Le Conseil d'Etat entend suivre toutes ces exigences et recommandations.

Au niveau des exigences relatives aux transports, ces derniers sont assurés dans le canton par les moyens à disposition de la centrale d'appel urgents 144. S'agissant de la contribution à la couverture des besoins, le Conseil d'Etat entend limiter l'accès à la liste LAMal aux établissements qui réalisent un nombre minimum de 50 accouchements par an (soit un accouchement par semaine en moyenne) durant les trois dernières années.

La maison de naissance doit démontrer qu'elle respecte les exigences requises, notamment en assurant la disponibilité de deux sages-femmes au minimum durant tous les jours de l'année et en présentant des conventions de collaboration avec des médecins spécialistes en gynécologie, en obstétrique, en pédiatrie et en néonatalogie.

La maison de naissance indique le nombre d'accouchements qu'elle a réalisé chaque année durant les années 2019, 2020 et 2021.

Il est précisé que les maisons de naissance qui ne seront pas inscrites sur la liste LAMal pourront continuer à facturer leurs prestations selon les nomenclatures tarifaires applicables aux activités ambulatoires.

Les maisons de naissance sur des sites hospitaliers

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

Dans tous les cas, l'unité « maison de naissance » 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 naissance.

S'agissant de la présente démarche de planification et étant donné que ce modèle de maison de naissance intramuros n'existe pas encore aujourd'hui³, les partenaires sont appelés à déposer des projets qui pourront être inscrits sur la liste LAMal sous condition de réalisation.

La maison de naissance peut solliciter un mandat de prestations sous condition en déposant un projet de réalisation d'une maison de naissance intramuros en collaboration avec un établissement hospitalier.

3.4 Transparence

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+. De plus, 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 aigües est effectué selon 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.

Les établissements doivent livrer leurs comptes, leur bilan et le rapport de révision de l'exercice 2021 et autoriser l'Etat à requérir, si besoin est, des compléments d'information à leur organe de révision.

Ils doivent également produire une attestation qui certifie qu'ils appliquent correctement le plan comptable H+ et faire la preuve de l'obtention de la certification REKOLE au 1er janvier 2023.

³ Excepté la maison de naissance Aquila anciennement localisée à Aigle et transférée à Rennaz qui est située aux abords immédiats de l'hôpital.

Ils doivent livrer le dernier rapport de révision de codage.

3.5 Capacité à remplir les missions

Les établissements qui revendiquent une inscription sur la liste hospitalière cantonale des soins aigus somatiques doivent faire la démonstration de leur capacité à remplir les missions pour lesquelles ils postulent.

3.5.1 Autorisation d'exploiter

Un établissement qui sollicite un mandat de prestations doit être autorisé à exploiter par son canton d'implantation. Le cas des institutions dont l'existence repose sur la loi ou une convention intercantonale qui tient lieu d'autorisation est réservé⁴.

L'établissement doit présenter son autorisation d'exploiter.

3.5.2 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 des besoins en soins hospitaliers de la population vaudoise, le Conseil d'Etat doit s'assurer qu'une telle situation ait le moins de conséquences dommageables possibles sur l'accès aux soins.

L'établissement qui entend cesser de fournir des prestations qui lui sont attribuées par la planification hospitalière cantonale doit s'engager à respecter un délai de préavis d'une année.

3.6 Economicité et qualité des prestations

3.6.1 Le caractère économique des prestations

L'établissement qui sollicite un mandat de prestations doit faire la démonstration du caractère économique de ses prestations.

L'établissement doit transmettre, pour les années 2019 et 2020, ses statistiques d'activité et présenter les coûts de ses prestations selon le modèle ITAR_K.

Ces coûts doivent démontrer que l'activité est économique et efficiente.

Le Conseil d'Etat basera ses analyses sur les coûts des prestations et non sur les tarifs, pour déterminer l'institution la plus économique et la plus efficiente.

⁴ C'est par exemple le cas du CHUV, de l'Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais et de l'Hôpital intercantonal de la Broye Vaud-Fribourg.

3.6.2 La pérennité économique de l'activité

La CDS indique que « le canton peut également examiner la pérennité économique d'un établissement dans le cadre de l'examen de l'économicité » (recommandation N°4, lettre c).

L'établissement doit fournir des garanties suffisantes en termes de pérennité et de solvabilité.

3.6.3 Qualité et sécurité des prestations

Conscient d'un manque de coordination des actions en faveur de la qualité des soins, le Parlement fédéral a adopté une révision partielle de la LAMal en juin 2019 visant à renforcer la qualité et l'économicité des soins. Avec l'entrée en vigueur au 1^{er} avril 2021 de cette modification, le Conseil fédéral est chargé de fixer tous les quatre ans les objectifs en matière de garantie et d'encouragement de la qualité des prestations (Art. 58 LAMal). Cette révision exige notamment que des conventions pour développer la qualité soient signées entre les fédérations de fournisseurs de prestations et les assureurs. Du fait de sa responsabilité s'agissant de la couverture des soins sur son territoire et pour la bonne utilisation des finances publiques, le Conseil d'Etat entend s'assurer que les fournisseurs de prestations respectent les conditions légales. En cohérence et en complément avec les axes stratégiques posés au niveau fédéral, le Canton poursuit sa politique visant à stimuler l'amélioration de la qualité des soins au sein du canton. Il entend notamment agir sur la qualité des processus et des résultats en promouvant le partenariat avec le patient dans les réflexions autour de la qualité, une culture de l'amélioration de la qualité au niveau institutionnel, et un parcours de soins coordonné. La qualité des processus et des résultats au niveau institutionnel mais aussi tout au long du parcours des soins dépend beaucoup de la culture d'entreprise. La qualité des prestations est en effet 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 de leurs prestations et en fassent un axe d'amélioration au quotidien. Il attend donc de leur part qu'ils intègrent le concept de développement de la qualité élaboré par leur faitière (par exemple H+) et les assureurs, et approuvé par le Conseil fédéral, dans leur gouvernance institutionnelle. Ce concept puise ses bases en particulier dans les bonnes pratiques de la profession et l'expérience d'autres institutions. Il doit à la fois prendre en compte la qualité des prestations fournies lors du séjour mais également la qualité de la coordination avec les autres prestataires et la qualité de la transition vers une autre institution. Cette culture doit reposer sur une gouvernance défendant ces valeurs et laissant les professionnels cliniciens s'approprier les indicateurs de qualité. Les quatre aspects importants devant, dans tous les cas, ressortir sont la culture qualité et sécurité, la gestion des événements indésirables, la prévention et le contrôle des infections (PCI) et l'utilisation des outils visant la coordination de soins soutenus par la politique fédérale et cantonale (DEP).

Au niveau informatique, les établissements hospitaliers deviennent de plus en plus la cible des cybercriminels et une recrudescence de cyberattaques par « cheval de Troie » cryptés est observée. Ces attaques consistent à crypter l'infrastructure informatique des établissements et à la rendre inutilisable. En outre, lors des cyberattaques, des données sensibles et confidentielles sont souvent dérobées avec menace de les publier et vendre sur le « darknet » si les victimes ne versent pas de rançon. Le versement d'une rançon est également fréquemment demandé pour décrypter l'infrastructure informatique. Au vu de l'évolution rapide

du monde numérique, les établissements sont tenus de suivre la politique numérique menée par le canton et la Confédération et de respecter toutes nouvelles directives dans ce domaine. A noter que des possibilités concrètes d'assistance sont proposées par le Centre national pour la cybersécurité (NCSC), GovCERT, qui a développé des outils techniques qui bloquent automatiquement les tentatives de cyberattaques par des réseaux criminels connus.

L'établissement doit donc :

- déployer et mettre en œuvre le concept de développement de la qualité élaboré au niveau fédéral entre leur faitière et les assureurs. Ils démontrent qu'ils font évoluer leur concept en fonction des objectifs fixés par le Conseil fédéral et la Commission fédérale pour la qualité et selon les développements en la matière ;
- mettre sur pied le plus largement possible des cercles de qualité (boards), soit des groupes interdisciplinaires qui se réunissent régulièrement pour échanger au sujet du patient et évaluer la pertinence des interventions. Des « tumorboard » sont par ailleurs exigés dans un certain nombre de missions selon le modèle GPPH zurichois.
- sur demande de la Direction générale de la santé (DGS), fournir une auto déclaration par laquelle ils confirment qu'ils satisfont aux exigences de qualité selon l'art. 58d al 2 OAMal et précisent pour chaque exigence de qualité selon l'art. 58d al 2 OAMal de quelle manière ils la remplissent ;
- participer aux mesures cantonales complémentaires, conformément à la politique de santé publique du canton. Il s'agit notamment de :
 - o mettre en œuvre un dispositif de développement de la qualité à l'échelle de l'hôpital basé sur des indicateurs clefs (cantonaux et institutionnels) ; si un tel dispositif n'est pas existant, un plan visant à le mettre en place doit être proposé ;
 - o adhérer au programme vaudois de lutte contre les infections associées aux soins ; le plan stratégique de prévention et de contrôle des infections sur la base du modèle fourni par HPCi Vaud doit être mis en œuvre. Les exigences structurelles minimales doivent également être respectées. Les dotations en personnel PCI de 0.7 EPT pour 100 lits d'infirmier-ère-s et de 0.1 de médecin doivent être respectées ;
 - o disposer 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 ;
 - o respecter les directives médicales et éthiques des associations professionnelles (dont ASSM, ASI, CNE, etc.) et mettre en œuvre des mesures fondées sur les données probantes comme les mesures de type « smarter medecine » ;

Dans le domaine de la protection des données et de la sécurité de l'information, l'établissement doit :

- garantir la mise à jour et le remplacement réguliers des outils informatiques de manière à limiter les vulnérabilités des infrastructures informatiques ;
- disposer d'un responsable de la sécurité informatique et d'une stratégie visant à garantir la sécurité informatique, notamment en formant l'ensemble du personnel

au contact quotidien des outils numériques et en permettant d'établir des processus administratifs qui permettent de détecter les tentatives de fraude, comme dans les courriels ;

- respecter les dispositions relatives à la protection des données selon le droit cantonal et le droit fédéral ;
- recourir à un système de gestion de la sécurité (SGSI) ou appliquer certaines mesures d'un SCSi ;
- utiliser les outils techniques du Centre national pour la cybersécurité (NCSC) et participer à l'échange d'informations sur la plate-forme d'échange de la Centrale d'enregistrement et d'analyse pour la sûreté de l'information (MELANI) qui fait partie du NCSC, et notamment :
 - o disposer de copies de sauvegardes des données (back-ups) placées en sécurité et séparées dès lors du réseau (hors ligne) et disposer de solutions transitoires qui permettent d'assurer un fonctionnement *a minima* ;
 - o segmenter les réseaux informatiques avec des passerelles vers les zones du réseau qui incluent des appareils médicaux, bien définies et surveillées ;
 - o sécuriser à l'aide d'un second facteur (authentification multi facteur) les ressources internes qui sont accessibles via Internet, les éléments principaux de l'infrastructure d'authentification comme la gestion des utilisateurs doivent bénéficier d'une protection et d'une surveillance spécifique.

L'établissement doit répondre aux exigences de qualité et sécurité formulées ci-dessus.

3.6.4 Centralisation des missions et accessibilité

Le concept de planification selon les GPPH a été développé par le Canton de Zurich, sur la base de sa situation propre, avant que son utilisation soit étendue à l'ensemble des cantons suisses. Si un appel d'offre général selon les GPPH peut être lancé sans condition particulière dans la plupart des cantons, le modèle GPPH zurichois appelle certaines adaptations lorsque le territoire du canton concerné est vaste, que son relief est accidenté et que sa population n'est pas répartie de façon homogène. Le Canton de Vaud, par sa géographie, entre dans cette 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). Dans sa nouvelle version, l'OAMa confirme cette approche. Le message à l'appui de la modification de l'ordonnance indique, à propos de l'article 58b al. 4 : « *L'évaluation des hôpitaux doit porter en particulier sur la mise à profit des synergies, sur les nombres minimums de cas et sur le potentiel de concentration des prestations pour le renforcement du caractère économique et de la qualité des soins.* ». Et plus loin : « *Les cantons doivent veiller au potentiel de concentration des prestations, lequel peut être pleinement exploité au moyen de mesures structurelles et organisationnelles appropriées au niveau de l'offre.* ».

Cette approche est reprise par l'Association suisse des hôpitaux (H+)⁵ qui indique dans un document de référence relatif aux nombres minimaux de cas, que « *Les prestations rares et complexes, qui nécessitent une infrastructure onéreuse et du personnel spécialisé, doivent être coordonnées et concentrées* ».

Enfin, cette approche est reprise dans la quatrième recommandation (lettre d) de la CDS sur la planification hospitalière dans laquelle il est indiqué que « ... *le canton doit également prendre en compte de manière adéquate le potentiel d'optimisation pouvant être atteint par la concentration de domaines de prestations connexes sur un nombre réduit de prestataires* ».

Modèle vaudois de répartition des missions

Le Conseil d'Etat entend organiser le système hospitalier vaudois de manière à centraliser les missions qui nécessitent un haut degré de spécialisation et répartir dans les régions les autres missions afin qu'elles soient offertes à proximité des lieux de résidence des patients.

La démarche suivie pour catégoriser les prestations à centraliser ou à répartir dans les régions est détaillée en **Annexe 1**. Les résultats sont les suivants :

1) Missions centralisées au niveau intercantonal

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. Les missions MHS nécessitent un niveau d'expertise très élevé et seul un petit nombre d'établissements pourra y accéder.

2) Missions à centraliser dans un seul établissement de type universitaire

1 Etablissement pour le canton : Les GPPH très spécialisés, qui concernent un faible nombre de cas et qui demandent une très grande expertise de niveau tertiaire, doivent être centralisés dans un seul établissement capable d'assurer cette expertise. A noter que ces prestations sont aujourd'hui déjà essentiellement réalisées au CHUV.

3) Missions à centraliser dans un nombre restreint d'établissements du canton

2-4 Etablissements pour le canton : Cette catégorie concerne un certain nombre de GPPH qui nécessitent un haut niveau d'expertise et qui, de ce fait, doivent être centralisés. Néanmoins, le nombre de cas dans chaque GPPH est suffisamment important pour que ces prestations soient réparties entre établissements de type universitaire et non universitaires. Ces prestations doivent donc être centralisées dans 2 à 4 établissements au niveau cantonal, soit en tous cas 1 établissement de type universitaire et 1 à 3 autres établissements (qui devront collaborer étroitement avec le service universitaire).

4) Missions de proximité

Missions générales : Il s'agit des missions qui demandent moins d'expertise et pour lesquelles le critère de l'accessibilité est primordial. Elles représentent la grande majorité des hospitalisations. Outre le « paquet de base », respectivement le « paquet de base

⁵ Nombres minimaux de cas, Document de référence et position de H+, H+ Les Hôpitaux de Suisse, 27.10.2021

d'une spécialité », qui sont obligatoirement proposés par tous les établissements listés, le Conseil d'Etat a identifié un certain nombre de GPPH qui ne demandent pas d'expertise particulière et qui peuvent être réalisés dans tous les établissements, pour autant qu'ils répondent aux critères LAMal (couverture des besoins, qualité, économicité) ainsi qu'aux exigences définies dans le modèle de groupe de prestations pour la planification hospitalières recommandé par la CDS. Ces GPPH sont identifiés sous la mention « Missions générales ».

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

L'établissement qui présente une offre concernant des prestations à centraliser fournit un dossier détaillant son expertise particulière en la matière.

3.6.5 Responsabilité et organisation médicale

Le Conseil d'Etat est très attentif à la juste répartition des responsabilités dans la prise en charge des patients hospitalisés. Cet aspect est particulièrement important aujourd'hui, en raison d'une tendance à l'hyperspécialisation des activités médicales, qui entre en contradiction avec l'augmentation du nombre de patients polymorbides qui nécessitent une excellente collaboration entre différents spécialistes.

Ainsi, la grande majorité de la patientèle hospitalisée est composée de personnes âgées, qui souffrent généralement d'affections multiples, relevant de plusieurs champs de spécialités. De même, la prise en charge de certains patients nécessitant des opérations très complexes doit, pour offrir les meilleures garanties de qualité, être assurée par une équipe médicale spécialisée et expérimentées. Ce n'est donc pas la performance du seul médecin opérateur qui est garante de la qualité de la prise en charge, mais la compétence de toute une équipe hospitalière, composée de médecins de différentes spécialités, de soignants et de personnel paramédical, habitués à travailler ensemble, qui influe sur la qualité du résultat.

Aujourd'hui, certains modèles de prise en charge en milieu hospitalier se basent néanmoins sur un recours systématisé à un grand nombre de médecins indépendants, venant opérer « leurs patients » dans les murs de l'établissement, qui met essentiellement à disposition son plateau technique, sans fournir la majorité des prestations médicales en son propre nom. En multipliant le nombre de médecins susceptibles de réaliser un type d'intervention dans un établissement, ces modèles ne favorisent ni la constitution d'équipes de spécialistes expérimentés, habitués à travailler et communiquer ensemble, ni la prise en charge pluridisciplinaire des patients.

Le Conseil d'Etat entend encourager la mise en place d'une organisation offrant les meilleures garanties de prise en charge des patients. Dans ce contexte, il s'attend au moins à ce que :

- les départements et les services médicaux des établissements listés soient placés sous la responsabilité d'un, voire de deux médecins (respect au minimum du concept du Chairman de la CCT FHV-SVM), salariés de l'établissement (au sens de la LAVS) ;
- les médecins qui exercent une activité régulière dans les départements et les services médicaux des établissements listés, et qui assument une responsabilité organisationnelle (médecins-cadres), soient aussi salariés de l'établissement (au sens de la LAVS) ;

- ces médecins salariés de l'établissement (au sens de LAVS) n'exercent pas en sus à titre d'indépendant, s'agissant des missions de l'établissement inscrites sur la liste LAMal. Il est souligné que l'activité ambulatoire de consultation en cabinet n'est pas visée.

Font exception les médecins spécialistes qui sont appelés occasionnellement par l'établissement pour effectuer des actes très spécifiques. Ceci permet en effet aux établissements qui n'ont pas une activité suffisante pour justifier l'engagement de médecins dans certaines spécialités, de s'adjoindre les compétences de médecins spécialistes indépendants, installés en cabinet.

L'établissement s'organise de manière à permettre la prise en charge des patients par des équipes pluridisciplinaires, spécialisées et expérimentées.

Il veille notamment à ce que :

Chaque département et service médical soit placé sous la responsabilité organisationnelle (médecins-cadres) d'un ou deux médecins salariés de l'établissement au sens de la LAVS ;

Aucun médecin salarié n'exerce en sus à titre indépendant, s'agissant des missions de l'hôpital inscrites sur la liste LAMal (l'activité en cabinet de consultation des médecins n'étant pas concernée par cette condition).

3.6.6 Masse critique et contribution à la couverture des besoins

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 au minimum 10 cas chaque année sur les trois dernières années significatives (les années 2020 et 2021 ne sont pas prises en compte en raison de la Covid).

Echappent à cette règle les groupes de prestations dans lesquels moins de 10 cas ont été hospitalisés par année pour l'ensemble du canton.

Cela étant, un nombre minimum de cas par établissement n'est pas en lui-même suffisant pour garantir la qualité des soins aux patients. Dans certains domaines très spécialisés, les cas pris en charge dans un établissement doivent l'être par un nombre limité d'intervenants. L'Association suisse des hôpitaux estime à juste titre que l'application du nombre de cas au niveau du chirurgien entraîne des incitations négatives. Aussi, pour H+ elle devrait être placée au niveau du site hospitalier et même de préférence au niveau de l'équipe afin de favoriser la formation.

Le Conseil d'Etat valide cette approche et se réserve le droit de définir un nombre minimum de cas par équipe pour certaines prises en charge très spécialisées. Ces nombres seront définis en concertation avec les établissements et les médecins concernés.

Contribution à la couverture des besoins

Dans son arrêt relatif à la planification neuchâteloise, le Tribunal administratif fédéral rappelle que « ... les cantons n'ont pas à prendre en considération l'intégralité de l'offre disponible auprès des établissements privés ; les cantons sont en droit de limiter l'accès à la procédure d'évaluation aux établissements privés qui seront appelés à contribuer de manière importante à la couverture des besoins. »

Comme indiqué plus haut, le Conseil d'Etat prévoit de centraliser certaines prestations au niveau cantonal. Les établissements ne peuvent prétendre à se voir attribuer une prestation s'ils n'ont pas traité un nombre de cas correspondant à 5% de tous les cas de la population vaudoise de la région sanitaire de l'année de référence 2019. De plus, lorsque plusieurs établissements sollicitent une prestation, le nombre de patients traités annuellement au cours des 5 dernières années sera prépondérant pour orienter le Conseil d'Etat dans son choix.

L'établissement doit indiquer le nombre de patients qu'il a traité chaque année au cours des années 2017 à 2021 dans chaque groupe de prestations sollicité.

L'établissement doit avoir traité au minimum 10 cas chaque année en 2017, 2018 et 2019 dans chaque groupe de prestations pour lequel il revendique une inscription sur la liste LAMal ou démontrer qu'il a une taille et un bassin de patientèle théorique suffisants pour qu'il soit amené à traiter au moins 10 cas à l'avenir.

3.6.7 Conditions de travail

Dans son arrêt du 17 septembre 2021 relatif à la planification neuchâteloise, le Tribunal administratif fédéral, citant également une jurisprudence du Tribunal fédéral, estime que « Des conditions de travail adéquates, en termes notamment de temps de travail, santé, formation, climat de travail, etc. servent assurément au but visant à garantir des soins de haute qualité à la population cantonale concernée. ». Il ajoute également qu'« Il convient de préciser quelles sont les conditions de travail a minima que doit respecter un établissement hospitalier et d'expliquer en quoi ces conditions vont dans le sens, en particulier, de la qualité et de l'économicité des prestations... ».

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

Il est attendu des établissements listés qu'ils appliquent à leur personnel non médical au minimum les dispositions suivantes de la Convention collective de travail dans le secteur sanitaire parapublic vaudois (CCT san) ou des dispositions similaires :

- conditions relatives à la formalisation des rapports de travail (articles 2.2 à 2.3 bis, 2.5 et 2.6 et 2.8 à 2.19) afin de disposer du personnel nécessaire et d'assurer la santé et la sécurité des travailleurs ;
- conditions de rémunération (articles 3.1 à 3.5, 3.20, 3.21, 3.30 et 3.31) afin de disposer de personnel motivé et suffisamment formé ainsi que d'éviter une forme de « dumping salarial » entre les institutions ;

- conditions relatives au temps de travail (articles 3.7 à 3.16, 3.22, 3.25 et 3.27 à 3.29) afin de disposer de personnel apte à exercer ses missions et de garantir la qualité et la sécurité des prestations fournies aux patient-e-s ;
- conditions relatives aux pertes de gains et en cas de maternité (articles 3.23, 3.24 et 3.26) afin de protéger le personnel en cas d'incapacité de travail.

S'agissant des médecins assistants et chefs de clinique, les établissements listés sont appelés à adhérer ou à appliquer les conditions de la CCT des médecins assistants et chefs de clinique (CCT-FHV-ASMAV) ou encore à appliquer des conditions de travail similaires ou plus avantageuses à leur personnel médical en formation.

Enfin, il est attendu que ces établissements appliquent 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 public⁶ ». L'effectivité de cette application devra, le cas échéant, être démontrée notamment au moyen d'un outil d'évaluation *ad hoc* ou par le biais d'une certification.

L'établissement s'engage à :

- ***appliquer à son personnel non médical au minimum les dispositions de la CCT sus mentionnés ci-dessus ou des dispositions similaires ou plus favorables à l'employé ;***
- ***appliquer les conditions de la CCT-FHV-ASMAV, ou des conditions de travail similaires ou plus avantageuses à son personnel médical en formation ;***
- ***appliquer la « Charte pour l'égalité salariale dans les organisations proches du secteur public ».***

3.6.8 Modèles de rémunérations

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 celles du système de santé financé par l'assurance obligatoire des soins, ainsi que pour la qualité des soins, en incitant notamment à augmenter les volumes de prestations sans indication médicale pertinente. Ces pratiques doivent être combattues.

A ce sujet, le Tribunal administratif fédéral précise dans son arrêt du 17 septembre 2021 relatif à la planification neuchâteloise, qu'« *imposer aux hôpitaux souhaitant être admis à pratiquer à charge de l'AOS des conditions de travail au niveau salarial permet d'une part d'éviter le risque de rémunération excessive, et de contribuer ainsi à la maîtrise des coûts de la santé et à l'économicité des prestations.* ».

Le Conseil d'Etat n'exclut pas toute variation de rémunération liée à l'activité. Néanmoins, suivant les injonctions du Conseil fédéral et des tribunaux, il entend restreindre les mauvais incitatifs susceptibles d'en découler. Ainsi, s'agissant des médecins salariés dans les

⁶ Voir l'espace Internet dédié à la charte sur le site www.plateforme-egalitesalariale.ch.

établissements listés, la part fixe de leur salaire doit couvrir au minimum 45% du salaire annuel effectif. De plus, les établissements appliquent par analogie les conditions du règlement du Conseil d'Etat s'agissant du plafond salarial des médecins-cadres⁷.

L'établissement confirme qu'il n'existe pas de système d'incitation économique inapproprié en son sein pour augmenter les quantités au détriment de l'assurance maladie obligatoire.

A ce titre, il s'engage à ce que la part de salaire fixe de ses médecins couvre au minimum 45% de leur salaire annuel effectif et à leur appliquer le même plafond salarial que celui fixé par le Conseil d'Etat dans son règlement ad hoc (Rméd ; BLV 811.13.1).

3.6.9 Gestion des quantités

La gestion des quantités 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 établissement 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 selon les deux approches suivantes :

- 1) Un volume en nombre de cas peut être fixé chaque année dans certaines prestations les plus susceptibles à être prescrites sans nécessité médicale. Les prestations fournies au-delà de ce volume ne sont que partiellement financées, sauf si une justification du dépassement peut être apportée. Si l'activité totale ne dépasse pas les prévisions pour l'ensemble des patients vaudois, la part cantonale est versée intégralement, et ceci également pour les établissements qui auraient dépassé le volume d'activité reconnu dans leur contrat de prestations (principe de concurrence).
- 2) Le Conseil d'Etat se réserve le droit d'instaurer un budget global aux conditions de l'art. 51 LAMal et des dispositions topiques de la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires (LPFES).

A noter que la CDS reprend les termes du Tribunal fédéral qui indique « *Si un mandat de prestation cantonal prévoit une limitation des quantités et que celle-ci est dépassée par le fournisseur de prestations pour les habitants du canton concerné, ce dernier n'est pas tenu de prendre en charge l'intégralité de la part cantonale des traités* » (recommandation 8 lettre d).

Dans tous les cas, les mécanismes seront, le cas échéant, fixés par le Conseil d'Etat après consultation des organisations d'hôpitaux concernées et indiqués dans les mandats de prestations. Ils s'appliqueront de manière uniforme à tous les établissements concernés.

L'établissement respectera, le cas échéant, les mécanismes de gestion des quantités.

3.6.10 Collaborations institutionnelles

Dans la procédure d'octroi des mandats, le Conseil d'Etat devra retenir les établissements les plus aptes à fournir les prestations demandées. Les établissements sont invités à développer des collaborations interinstitutionnelles afin de trouver et d'exploiter toutes les synergies

⁷ 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 (Rméd.).

possibles. Les partenariats avec les hôpitaux universitaires sont particulièrement appréciés ainsi que ceux avec des établissements géographiquement proches. Toutes les formes de collaborations sont toutefois valorisables pour autant qu'elles soient inscrites dans des accords formalisés.

L'établissement doit exploiter ses synergies avec d'autres établissements.

L'établissement est appelé à joindre à son dossier ses accords de collaboration avec des établissements partenaires.

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.

3.6.11 Dossier patient informatisé et dossier électronique du patient

Conformément à l'art. 39 alinéa 1 lettre f LAMal, les établissements 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 certifiée sur le dossier électronique du patient (DEP). Un canton peut à cet égard expressément exiger qu'un établissement répertorié adhère à une communauté de référence choisie par le canton.

Le Canton de Vaud entend compléter le DEP par des services complémentaires visant des objectifs de santé publique. Ainsi, il travaille avec l'association intercantonale CARA à la mise en place de plusieurs nouveaux services, dont un premier qui vise à pouvoir partager un plan de soins entre différents prestataires de soins (Projet « Plan de soins partagés » ou PSP), un deuxième qui vise à maintenir dynamiquement à jour un plan de médication partagé (Projet « Plan de médication partagée » ou PMP) et un troisième qui permet l'échange d'informations médicales de manière sécurisée entre prestataires de soins (Projet « Transferts sécurisés » ou TS). A ce stade, aucun plan au niveau fédéral ne tend à vouloir rendre les services PSP et TS interopérables avec d'autres communautés et communautés de référence DEP. Ainsi, une institution qui ne s'affilierait pas à la communauté CARA ne pourra pas participer au partage et aux échanges d'informations liés au PSP et aux TS.

Ces services complémentaires apportent une forte valeur ajoutée au DEP. Ils sont attendus des citoyens vaudois et leur développement découlent d'un souhait exprimé par le législatif cantonal. Ainsi, le Conseil d'Etat attend de chaque établissement hospitalier du canton qu'il s'affilie au DEP mis en place par l'association CARA (il est à relever que les professionnels ont la possibilité de s'affilier à plusieurs communautés et communautés de référence DEP, ce qui n'est pas le cas pour les patients).

L'établissement doit être affilié à la communauté de référence CARA et ainsi remplir toutes les conditions organisationnelles et techniques nécessaires au traitement du DEP.

Les hôpitaux peuvent être affiliés à plusieurs communautés de référence.

3.7 Obligation d'admission

La planification sert notamment à garantir à la population une couverture suffisante en prestations hospitalières. Cette garantie s'adresse à toute la population, qu'elle soit au

bénéfice d'une assurance complémentaire ou non et quel que soit son état de santé. Il s'agit donc d'éviter que les établissements inscrits sur la liste LAMal ne sélectionnent les patients en fonction de leur état de santé ou de leur modèle d'assurance en privilégiant la prise en charge des patients présentant des atteintes légères ou disposant d'une couverture d'assurance privée ou semi-privée pour bénéficier d'avantages pécuniaires.

L'art 41a al. 3 LAMal précise que « *Les cantons veillent au respect de l'obligation d'admission* », et le Tribunal administratif fédéral conclut (ATAF C-4231/2017) qu'« *un canton doit aussi s'assurer que les cas les moins rentables soient pris en charge* ».

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

Il concourra aux contrôles prévus par le Canton.

Dans sa recommandation N° 9, lettre b, la CDS indique « *Afin de garantir l'accès des patients en division commune aux capacités hospitalières existantes des hôpitaux répertoriés, le canton peut formuler une part minimale de patients ayant exclusivement une assurance de base que tous les hôpitaux répertoriés doivent atteindre* ». Cette part minimale sera inscrite dans les mandats de prestations.

4 Coordination des planifications

Selon la LAMal, les cantons sont appelés à coordonner leurs planifications. L'OAMal précise cette obligation :

Art. 58e Coordination intercantonale des planifications

¹ Pour coordonner leurs planifications conformément à l'art. 39, al. 2, LAMal, les cantons doivent notamment :

- a. exploiter les informations nécessaires concernant les flux de patients et échanger ces informations avec les cantons concernés ;
- b. prendre en compte le potentiel de coordination avec d'autres cantons pour le renforcement du caractère économique et de la qualité des prestations fournies à l'hôpital.

² Chaque canton se coordonne notamment :

1. avec les cantons dans lesquels sont situés un ou plusieurs établissements qui figurent sur sa liste ou qu'il prévoit d'y faire figurer,
2. avec les cantons qui ont inscrit sur leur liste ou qui prévoient d'inscrire sur leur liste un ou plusieurs établissements situés sur son territoire,
3. avec les cantons où sont situés des établissements dans lesquels un nombre important d'assurés provenant de son territoire se font traiter ou se feront vraisemblablement traiter,
4. avec les cantons dont un nombre important d'assurés se font traiter ou se feront vraisemblablement traiter dans des établissements situés sur son territoire,
5. avec d'autres cantons, si cette coordination permet de renforcer le caractère économique et la qualité des prestations fournies à l'hôpital.

Pour se conformer à ces exigences, le Conseil d'Etat entend suivre les 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 intercantonale⁸. Les prestations concernées sont exclues du périmètre de la planification cantonale car les cantons n'ont pas de compétence propre dans ce domaine.

4.2 Hôpitaux intercantonaux et Conventions intercantionales

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), 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 (conventions approuvées par le Conseil fédéral) qui indiquent expressément que : « *L'Établissement 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

⁸ Convention intercantonale du 3 juillet 2008 relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS).

cette obligation et les cantons du Valais et de Fribourg seront consultés sur les missions que le Canton de Vaud entend attribuer à ces établissements.

4.2.1 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 des cantons de provenance de ces patients.

Dans le cas où ces établissements se verraient retenus en vue d'une inscription sur la liste hospitalière vaudoise, le Conseil d'Etat serait amené à consulter les cantons concernés avant de fixer les conditions du mandat de prestations, qui pourra imposer des charges en lien avec cette activité en faveur de patients d'autres cantons.

4.2.2 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 seraient retenus en vue d'une inscription sur la liste hospitalière vaudoise, le Conseil d'Etat serait amené à consulter le canton siège des établissements intéressés avant de fixer les conditions finales du mandat de prestations, qui pourra imposer des charges en lien avec cette activité en faveur de patients vaudois.

4.2.3 Flux intercantonaux de patients

Avant de rendre ses décisions, le Conseil d'Etat consultera les cantons dans lesquels un nombre significatif de patients vaudois sont hospitalisés et ceux dont un nombre significatif de leurs ressortissants sont hospitalisés sur le territoire vaudois.

5 Suite des travaux

Le processus de planification est fixé par la LAMal et l'OAMal.

Art. 58f Listes et mandats de prestations

¹ La liste visée à l'art. 39, al. 1, let. e, LAMal répertorie les établissements situés dans le canton et les établissements situés hors du canton qui sont nécessaires pour garantir l'offre de soins déterminée conformément à l'art. 58b, al. 3.

² Un mandat de prestations au sens de l'art. 39, al. 1, let. e, LAMal est attribué à chaque établissement figurant sur la liste. Si l'établissement a plusieurs sites, le mandat de prestations précise le site.

³ Les listes spécifient pour chaque hôpital les groupes de prestations correspondant au mandat de prestations.

⁴ Les cantons déterminent les charges que les mandats de prestations attribués aux hôpitaux et aux maisons de naissance doivent contenir. Pour les hôpitaux de soins somatiques aigus, ils peuvent notamment prévoir les charges suivantes :

- a. la disponibilité d'une offre de base en médecine interne et en chirurgie ;
- b. la disponibilité et la qualification des médecins spécialistes ;

- c. *la disponibilité du service des urgences et le niveau d'exigences auquel il doit satisfaire ;*
- d. *la disponibilité de l'unité de soins intensifs ou du service de surveillance et le niveau d'exigences auquel il doit satisfaire ;*
- e. *les groupes de prestations liés en interne ou en coopération avec d'autres hôpitaux ;*
- f. *les nombres minimums de cas.*

⁵ ... (l'alinéa concerne les établissements médico-sociaux)

⁶ *Ils peuvent prévoir que les mandats de prestations contiennent notamment les charges suivantes, pour autant qu'elles ne figent pas les structures et qu'elles n'empêchent pas toute concurrence :*

- a. *pour les hôpitaux de soins somatiques aigus, un budget global au sens de l'art. 51 LAMal ou les volumes de prestations maximaux ;*
- b. *... (la lettre concerne les domaines de la psychiatrie et de la réadaptation) ;*
- c. *... (la lettre concerne les établissements médico-sociaux).*

⁷ *Ils prévoient que les mandats de prestations des hôpitaux contiennent à titre de charge l'interdiction des systèmes d'incitations économiques entraînant une augmentation du volume des prestations médicalement injustifiées à la charge de l'assurance obligatoire des soins ou permettant le contournement de l'obligation d'admission au sens de l'art. 41a LAMal.*

5.1 Etablissement de la liste LAMal

Le Conseil d'Etat procédera à l'analyse des dossiers d'offre qui lui seront parvenus dans le délai imparti, 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 condition ;
- attribution de missions sous conditions (avec notamment octroi d'un délai pour se mettre en règle) ;
- aucune mission octroyée.

5.2 Etablissement des mandats de prestations

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. Selon les recommandations de la CDS, l'Etat est souverain en matière d'attribution de mandats de prestations. Ces derniers comportent une obligation de prise en charge et un délai de résiliation approprié (recommandation N°1, lettres f et g).

5.2.1 Exigences inscrites dans les mandats de prestations

Outre l'application des exigences liées aux critères décrits dans les chapitres précédents, d'autres exigences issues des législations fédérale et cantonale ainsi que des orientations des politiques publiques définies par le Conseil d'Etat seront inscrites dans les mandats de prestations. La liste de ces exigences est donnée en **Annexe 3**.

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 (CIMHS)	Médecine hautement spécialisée (Convention intercantonale pour la MHS)
OAMal	Ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie
OCP	Ordonnance fédérale du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie.
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
ORP	Office régional de placement
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 : Modèle de répartition des missions

Le modèle de répartition des missions a pour objectif de classer les différentes missions GPPH selon les catégories suivantes :

- missions de médecine hautement spécialisée ;
- missions strictement tertiaires à centraliser dans un établissement de type universitaire ;
- missions majoritairement tertiaires à centraliser dans un établissement de type universitaire et dans un nombre restreint d'établissements ;
- missions de proximité qui devraient être offertes dans toutes les régions, dont les missions « paquet de base », respectivement « paquet de base d'une spécialité ».

La démarche suivie par le Département de la santé et de l'action sociale pour définir ces quatre catégories de centralisation des missions s'est déroulée selon la démarche suivante.

1^{ère} étape : Détermination des missions de médecine hautement spécialisée

Dans un premier temps, les missions appartenant à la médecine hautement spécialisée selon la nomenclature GPPH sont identifiées et placées dans la catégorie « **Médecine hautement spécialisée (MHS)** ».

2^{ème} étape : Détermination des missions tertiaires à centraliser dans un hôpital de type universitaire

Dans les étapes suivantes, seules les données des établissements qui ont traité 10 cas au moins durant l'année 2019 sont pris en compte (voir chapitre 3.6.5 sur la masse critique).

Toutes les missions dont 80% ou plus des cas 2019 ont été traités dans un hôpital de type universitaire du canton sont considérées comme strictement tertiaire et donc à centraliser dans un seul hôpital de type universitaire pour le canton et placées dans la catégorie « **1 hôpital pour le canton** ».

3^{ème} étape : Détermination des missions tertiaires à centraliser dans un établissement de type universitaire et dans un nombre restreint d'établissements

Les missions pour lesquelles moins de quatre établissements non universitaires ont réalisé au moins 10 cas dans l'année 2019 sont considérées comme des GPPH à centraliser. Ces missions sont placées dans la catégorie « **2-4 hôpitaux pour le canton** ».

4^{ème} étape : Détermination des missions de proximité

Les missions qui n'appartiennent pas aux catégories décrites ci-dessus peuvent être réalisées dans tous les établissements qui répondent aux critères GPPH. Ces missions de proximité sont placées dans la catégorie « **Missions générales** ».

5^{ème} étape : Ajustements

Les missions VIS1.4-Chirurgie bariatrique et NEU3-Maladies cérébrovasculaires qui apparaissent dans la catégorie « Missions générales » selon l'approche décrite dans les quatre étapes précédentes sont déplacées dans la catégorie « Mission à centraliser dans 2 à 4 hôpitaux » selon les arguments présentés dans les chapitres 3.2.2 respectivement 3.2.3 du présent rapport.

D'autre part, de nombreux traitements nécessitent des connaissances interdisciplinaires et certaines prestations qui sont étroitement liées du point de vue médical doivent donc être assurées sur le même site. Si un établissement propose par ex. les prestations de la chirurgie viscérale, il doit également fournir celles de la gastroentérologie. Lorsque deux missions sont ainsi liées, c'est la catégorie la plus élevée qui s'applique aux deux missions. En vertu de ce principe, les missions suivantes sont recatégorisées :

GPPH	En lien avec :	Catégorisé en :
GEF1 Chirurgie vasculaire périphérique	RAD1 Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)	1 hôpital pour le canton
GEF3 Chirurgie carotidienne	RAD1 Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)	1 hôpital pour le canton
KAR3.1.1 Cardiologie interventionnelle complexe (interventions structurelles)	HER1.1 Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	1 hôpital pour le canton
NEO1 Soins de base en obstétrique (à partir de AG 35 0/7 SA et PN 2000g)	GEB1.1 Obstétrique (à partir de AG 32 0/7 SA et PN 1250g)	2-4 hôpitaux pour le canton
UNF1 Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)	UNF1.1 Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes crânio-cérébraux) (CIMSH)	1 hôpital pour le canton

Enfin, les missions des domaines pluridisciplinaires ne pouvant être traitées selon les principes décrits ci-dessus sont catégorisées en suivant une approche pragmatique.

Répartition

Appliquée aux données d'hospitalisations 2019, cette catégorisation donne les résultats suivants :

Catégories	Nb de GPPH	Nb de cas	% de cas
MHS	24	892	0.9%
1 hôpital pour le canton	57	5'524	5.6%
2-4 hôpitaux pour le canton	29	6'004	6.1%
Missions générales	38	86'498	87.4%
Total	148	98'918	100%

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

Domaines de prestations	Sigle	Désignation	2-4			
			Mission générale	hôpital pour le canton	1 hôp. pour le canton	MHS
Paquet de base	BP	Paquet de base chirurgie et médecine interne	X			
	BPS	Paquet de base pour fournisseurs de prestations spécialisés	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			X	
	HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympanoplastie, chirurgie mastoïdienne,		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 (CIMHS)				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				X
	NCH1.1.1.1	Traitement des anomalies vasculaires complexes du SNC (CIMHS)				X
	NCH1.1.2	Neurochirurgie stéréotaxique fonctionnelle (CIMHS)				X
	NCH1.1.3	Chirurgie de l'épilepsie (CIMHS)				X
	NCH2	Neurochirurgie spinale			X	
	NCH2.1	Processus expansifs intramédullaires primaires et secondaires (CIMHS)				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 (CIMHS)				X
	NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe			X	
	NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe			X	
	NEU4.2	Epileptologie: diagnostic complexe avec monitoring intensif (CIMHS)				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	Résection pancréatique (CIMHS)				X
	VIS1.2	Résection hépatique (CIMHS)				X
	VIS1.3	Résection œsophagienne (CIMHS)				X
	VIS1.4	Chirurgie bariatrique		X		
	VIS1.4.1	Chirurgie bariatrique complexe (CIMHS)				X
	VIS1.5	Résection rectale profonde (CIMHS)				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 (CIMHS)				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	
	RAD2	Radiologie interventionnelle complexe			X	
Cœur	HER1	Chirurgie cardiaque simple			X	
	HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans			X	
	HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)		X		
	HER1.1.3	Chirurgie et interventions sur l'aorte thoracique			X	
	HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe			X	
	HER1.1.4	Interventions ouvertes sur la valve aortique		X		
	HER1.1.5	Interventions ouvertes sur la valve mitrale		X		
	HER1.1.6	Dispositifs d'assistance ventriculaire chez l'adulte (CIMHS)				X
	KAR1	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)	X			
	KAR2	Electrophysiologie et TRC		X		
	KAR3	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	X			
	KAR3.1	Cardiologie interventionnelle (interventions structurelles)		X		
	KAR3.1.1	Cardiologie interventionnelle complexe (interventions structurelles)			X	

Domaines de prestations	Sigle	Désignation	Mission générale	2-4	1 hôp.	MHS
				pour le canton	pour le canton	
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 (CIMHS)				X
	URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins		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	
	URO1.1.9	Lymphadénectomie rétropéritonéale après chimiothérapie dans les tumeurs du				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 /			X	
	THO1.2	Opérations sur le médiastin			X	
Transplantation d'organes solides	TPL1	Transplantation cardiaque (CIMHS)				X
	TPL2	Transplantation pulmonaire (CIMHS)				X
	TPL3	Transplantation hépatique (CIMHS)				X
	TPL4	Transplantation pancréatique (CIMHS)				X
	TPL5	Transplantation rénale CIMHS)				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			
	BEW8.1.1	Chirurgie complexe 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			
Obstétrique	PLC1	Interventions liées à la transsexualité			X	
	GEBH	Maisons de naissance (à partir de la 36e sem.)	X			
	GEBS	Soins périnataux gérés par les sages-femmes	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	
Nouveau-nés	GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée			X	
	NEOG	Soins de base aux nouveau-nés maison de naissance (dès 36 SA et PN 2000g)	X			
	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	
(Radio)-oncologie	NEO1.1.1.1	Néonatalogie hautement spécialisée (AG < 32 0/7 SA et PN < 1500g)			X	
	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) (CIMSH)				X
Domaines pluridisciplinaires	UNF2	Brûlures étendues (CIMHS)				X
	KINM	Pédiatrie		X		
	KINC	Chirurgie pédiatrique			X	
	KINB	Chirurgie pédiatrique de base		X		
	KAA	Anesthésie pédiatrique "A"			X	
	KAB	Anesthésie pédiatrique "B"			X	
	KAC	Anesthésie pédiatrique "C"			X	
	KAD	Anesthésie pédiatrique "D"			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	

7.3 Annexe 3 : Exigences inscrites dans les mandats de prestations

A titre d'information, les exigences suivantes, découlant d'exigences issues des législations fédérale et cantonale ainsi que des orientations des politiques publiques définies par le Conseil d'Etat, seront introduites dans les mandats, en lien avec l'activité LAMal reconnue dans la liste cantonale.

7.3.1 Exigences liées à la LAMal

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.

Les établissements listés devront respecter cette injonction.

Le respect de la 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 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-privée, 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 garantit (ou s'assure) qu'une prestation médicale n'est facturée qu'une seule fois sur la base des structures tarifaires reconnues par la LAMal.

Les établissements listés devront respecter ces principes.

7.3.2 Exigences issues de la législation cantonale

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 suffisante en lien avec 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.

Les établissements listés devront disposer d'une procédure de gestion des plaintes, comprenant un dispositif de traçabilité des plaintes et d'évaluation systématique des mesures

correctrices apportées. Ils devront s'engager à diffuser la brochure sur les droits des patients et à informer et former leur personnel soignant sur les droits des patients.

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. De plus, tout achat dépassant les valeurs seuils fixées par la législation sur les marchés publics effectué par un établissement 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.

Les établissements listés devront soumettre leurs investissements au contrôle du Conseil d'Etat au sens de la LPFES. Ils devront s'engager 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.

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.

Selon la LPFES, les établissements listés devront s'engager à avoir recours à un prestataire de services informatiques agréé par le DSAS.

Adhésion à un réseau de soins

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

Les établissements listés devront donc adhérer à un tel réseau.

Distribution du bénéfice et rémunération des fonctions dirigeantes

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.

Les établissements devront respecter les conditions du barème de rémunération des fonctions dirigeantes et administratives fixé par le Conseil d'Etat, ainsi que les normes relatives à la distribution des bénéfices.

7.3.3 Exigences imposées par le Conseil d'Etat

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.

Les établissements listés devront collaborer avec le mandataire régional et contribuer à l'optimisation du processus de réponse à l'urgence.

La formation des médecins

Pour lutter contre la pénurie médicale annoncée, il est important que les établissements 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 postgrade en Suisse romande).

Les établissements listés devront participer à l'effort de formation des médecins et s'engager à participer au projet intercantonal REFORMER.

Le don 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 du 16 mars 2007 sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules d'origine animale prévoit notamment que les cantons veillent à ce que les établissements dotés d'un service de soins intensifs définissent un certain nombre de procédures et en assurent leur déroulement 24 heures sur 24.

Les établissements listés qui exploitent un service de soins intensifs devront prendre les mesures favorisant le don d'organes prévues par la législation fédérale sur l'assurance maladie et par l'art. 45 de l'ordonnance.

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.

Les établissements listés devront offrir des prestations d'interprétariat à leur patientèle, ces dernières étant comprises dans les tarifs.

La formation professionnelle non universitaire

Les établissements hospitaliers 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 suffisante en termes de formation est attendue de la part de ceux figurant sur la liste hospitalière. A noter que le financement de la formation non universitaire est compris dans les tarifs LAMal. Afin de favoriser une utilisation des recettes d'hospitalisations à bon escient, le Conseil d'Etat demande aux établissements de participer à la formation du personnel de santé non universitaire, notamment les formations de niveaux HES.

Les établissements listés devront s'engager 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.

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 établissements listés devront participer à l'effort de formation des apprentis dans les domaines des soins et dans d'autres domaines.

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. Cette contribution peut prendre diverses formes telles que l'annonce des offres d'emploi dans les ORP, l'encouragement de la mobilité professionnelle, etc.

Les établissements listés devront participer à l'effort cantonal d'insertion et de réinsertion professionnelle.

La 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.

Les établissements listés devront présenter 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.

Le respect des obligations sociales

Le Conseil d'Etat attend des partenaires hospitaliers qu'ils soient exemplaires envers leurs collaborateurs et exige qu'ils remplissent ces obligations, en étant notamment en règle avec le paiement des contributions sociales. Il en est de même avec les contributions fiscales.

Les établissements listés devront annuellement fournir des attestations prouvant qu'ils remplissent leurs devoirs en matière de contributions sociales et fiscales.