



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Direction de la santé et des affaires sociales DSAS
Direktion für Gesundheit und Soziales GSD

Route des Cliniques 17, 1701 Fribourg
T +41 26 305 29 04, F +41 26 305 29 09
www.fr.ch/dsas

—

Rapport de planification hospitalière 2015

Publication électronique www.fr.ch/ssp

Février 2015



Tables des matières

Structure du rapport	4
A. Aperçu de la planification hospitalière du canton de Fribourg	5
1. Evolution (historique) de la planification hospitalière fribourgeoise	5
2. Révision de la LAMal	6
3. Projet de planification hospitalière 2015	7
4. Coordination avec les autres cantons	9
B. Soins somatiques aigus	10
1. Groupes de prestations	10
1.1 Définition des groupes de prestations : objectif et élaboration	10
1.2 Aperçu des groupes de prestations.....	10
2. Evaluation des besoins en soins somatiques aigus.....	15
2.1 Modèle théorique utilisé et facteurs d'influence de l'évolution des besoins.....	15
2.2 Besoins en soins somatiques à l'horizon 2020	19
3. Critères d'évaluation.....	21
3.1 Exigences générales.....	22
3.2 Exigences spécifiques	24
4. Procédure de l'appel d'offres.....	32
4.1 Evaluation des offres	33
4.2 Attribution des prestations et projet de liste hospitalière.....	42
C. Soins palliatifs spécialisés	46
1. Prestations et évaluation des besoins	46
2. Critères d'évaluation	47
2.1 Exigences générales.....	47
2.2 Exigences spécifiques	47
3. Evaluation des offres	48
3.1 Respect des exigences.....	48
3.2 Attribution des prestations et projet de liste hospitalière.....	48
D. Réadaptation	49
1. Groupes de prestations	49
1.1 Réadaptation gériatrique polyvalente	49
1.2 Réadaptation musculo-squelettique	50
1.3 Réadaptation en médecine interne et oncologique.....	50
1.4 Réadaptation cardiovasculaire	50
1.5 Réadaptation neurologique.....	50
1.6 Réadaptation pulmonaire	50



1.7 Réadaptation paraplégique	50
1.8 Réadaptation psychosomatique.....	50
2 Evaluation des besoins en réadaptation.....	51
2.1 Base de données et facteurs d'influence	51
2.2 Besoins en réadaptation à l'horizon 2020.....	52
3. Critères d'évaluation	53
3.1 Exigences générales.....	53
3.2 Exigences spécifiques	54
4. Evaluation des offres	55
4.1 Respect des exigences.....	56
4.2 Attribution des prestations et projet de liste hospitalière.....	58
E. Psychiatrie	60
1. Groupes de prestations	60
2 Evaluation des besoins en psychiatrie.....	61
2.1 Base de données et facteurs d'influence	61
2.2 Besoins en psychiatrie à l'horizon 2020	62
3. Critères d'évaluation	62
3.1 Exigences générales.....	62
3.2 Exigences spécifiques	63
4. Evaluation des offres	64
4.1 Respect des exigences.....	64
4.2 Attribution des prestations et projet de liste hospitalière.....	67
F. Perspectives	69
1. Consultation et approbation de la liste hospitalière 2015	69
2. Contrôle des mandats de prestations	69
3. Planification hospitalière : Une planification dite « roulante ».....	69
G. Annexes	71
1. Vue globale exigences spécifiques en soins somatiques aigus	71
2 Exigences pour les soins intensifs niveau 1	74
3. Vue globale des postulations pour les soins somatiques aigus.....	76
4. Attribution des différents groupes de prestations.....	77
5. Bibliographie	80
6. Glossaire et Tables	81
6.1 Glossaire et abréviations	81
6.2 Table des illustrations : Tableaux	83
6.3 Table des illustrations : Figures	83



Structure du rapport

La structure du rapport de planification hospitalière 2015 est divisée de la manière suivante :

Le chapitre A nous a donné un aperçu de la planification hospitalière.

Le chapitre B est consacré aux soins somatiques aigus, le chapitre C aux soins palliatifs, le chapitre D à la réadaptation et le chapitre E à la psychiatrie.

Dans chaque chapitre, le rapport présentera, dans l'ordre, les groupes de prestations relatifs à chaque domaine, les projections des besoins pour l'année 2020 et les exigences d'évaluations par prestation. Suivront également l'analyse du processus d'appel d'offres, l'évaluation des offres des hôpitaux et la liste hospitalière 2015.



A. Aperçu de la planification hospitalière du canton de Fribourg

1. Evolution (historique) de la planification hospitalière fribourgeoise

Dans le canton de Fribourg, la planification hospitalière a déjà fait l'objet de réflexions et de nombreux rapports au cours des 25 dernières années. Citons, à titre d'exemple, le rapport de décembre 1983 « Analyse et propositions en vue de l'établissement d'une planification hospitalière et médico-sociale du canton de Fribourg », le rapport du 14 mars 1989 « Médiplan 89 – organisation du réseau hospitalier », le rapport du 26 novembre 1990 « rapport complémentaire au plan médico-hospitalier Médiplan 89 », le rapport d'août 1997 de « planification hospitalière du Conseil d'Etat du canton de Fribourg », le rapport du 9 juillet 2004 « Rapport du groupe de travail Future offre de prestations de l'hôpital du district du Lac à Meyriez », et enfin, le dernier en date, le rapport du 31 mars 2008 « planification hospitalière du canton de Fribourg ». La planification hospitalière 2008 a fait l'objet d'un recours au Tribunal fédéral qui, en mai 2011, a confirmé la liste hospitalière fribourgeoise.

Les propositions formulées dans ces divers rapports et leurs concrétisations ont largement contribué à modifier le paysage hospitalo-sanitaire fribourgeois à un rythme qui s'est encore accéléré depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance-maladie le 1er janvier 1996.

D'un hôpital cantonal, six hôpitaux de district et trois cliniques privées, on est passé aujourd'hui dans le canton à un hôpital fribourgeois multisites (HFR), un hôpital intercantonal (HIB) et deux cliniques privées. Dans le domaine de la psychiatrie a été créé le Réseau fribourgeois de soins en santé mentale (RFSM), qui regroupe au sein d'un même établissement les activités stationnaires du Centre de soins hospitaliers de Marsens et divers services ambulatoires.

Le canton de Fribourg a fait des efforts soutenus pour réorganiser ses structures hospitalières. La liste 1998 des hôpitaux, instrument de concrétisation de la planification hospitalière attribuant formellement les mandats de prestations et les capacités en lits aux hôpitaux, a fait l'objet d'un recours auprès du Conseil fédéral, qui a partiellement admis les griefs. Suite à cette décision du 15 mai 2002 (recours contre la planification 1997 et la liste des hôpitaux 1998), le Conseil fédéral a demandé au Conseil d'Etat de revoir ses objectifs de planification hospitalière en terme de capacités en lits et de compléter la liste hospitalière par l'inscription des mandats de prestations que la planification doit attribuer aux hôpitaux.

La planification 2008 fut la réponse à la décision du Conseil fédéral concernant la planification 1997.

Le présent rapport de planification hospitalière s'inscrit donc dans le contexte général mentionné ci-dessus et entend en particulier répondre aux exigences du Conseil fédéral, aux recommandations de la CDS, à l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal) et surtout à la révision partielle de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier.



2. Révision de la LAMal

L'élément central de la révision partielle de la LAMal du 21 décembre 2007 est le passage du financement des coûts d'exploitation d'un hôpital à un financement des prestations fournies. Autrement dit il ne s'agit plus de rembourser des coûts mais de payer un prix pour une prestation donnée. Depuis 2012, tous les hôpitaux de soins aigus somatiques inscrits sur une liste hospitalière doivent être indemnisés selon des forfaits liés à la prestation (DRG). Si autrefois les hôpitaux ont pu facturer chaque intervention médicale et chaque jour d'un séjour hospitalier, ils sont aujourd'hui payés de manière forfaitaire sur base de cas standardisés. De plus, la révision partielle encourage le libre choix des patient-e-s parmi tous les hôpitaux intra- et extracantonaux répertoriés et a introduit pour tout hôpital répertorié l'obligation d'admission, dans le cadre de son mandat de prestation, de toutes et tous les patient-e-s domiciliés dans le canton où se situe l'hôpital.

Cette nouvelle réglementation oblige les cantons à revoir leurs listes et planifications hospitalières en y incluant aussi bien les hôpitaux publics que privés. Comme par le passé, les cantons sont tenus de garantir la couverture des besoins de la population et, par le biais de la planification, de promouvoir la qualité des prestations, ainsi que d'atténuer l'augmentation des coûts de la santé. Cette planification n'est plus orientée sur la capacité des établissements (nombre de lits) mais elle est liée aux prestations fournies. En outre, la planification hospitalière doit évaluer sous l'angle de la qualité et de l'économicité de prestations les établissements intéressés à figurer sur la liste hospitalière.

Concrètement, les propositions d'inscription sur la liste hospitalière devront être ainsi motivées dorénavant par les nouveaux critères de planification édictés par le Conseil fédéral, notamment en regard:

- > des besoins de la population sur la base de données statistiquement justifiées et de comparaisons;
- > de l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur la liste arrêtée par le canton ;
- > de l'offre qui doit être garantie par l'inscription d'établissements sur la liste afin que la couverture des besoins soit assurée, déduction faite de l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur la liste ;
- > du caractère économique et de la qualité de la fourniture des prestations (efficience de la fourniture des prestations, justification de la qualité nécessaire, nombre minimum de cas et exploitation des synergies) ;
- > de l'accès des patient-e-s au traitement dans un délai utile ;
- > de la disponibilité et de la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations.

Pour les soins somatiques aigus, la planification doit être liée aux prestations. Pour cela, elle doit se baser sur un catalogue précis de prestations qui devront être énumérées sur la liste hospitalière et dans les mandats de prestations. Selon les explications fournies par le Conseil fédéral¹, une planification liée aux prestations implique de procéder à des comparaisons, notamment sur les durées moyennes de séjour. De plus, comme l'a confirmé la jurisprudence

¹ Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal), Modification du 1er janvier 2009, Teneur des modifications et commentaire, p. 8.



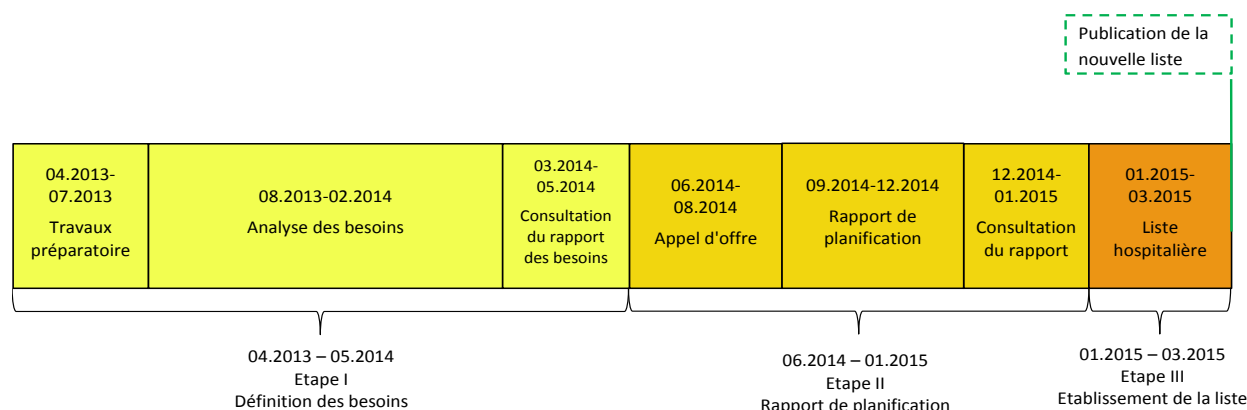
du Tribunal administratif fédéral², des prévisions sur l'évolution des besoins doivent être établies par domaine de prestations et se baser sur l'évolution démographique, épidémiologique et médico-technique.

3. Projet de planification hospitalière 2015

Suite à la révision de la LAMal, les cantons doivent réviser leur planification hospitalière jusqu'au 1^{er} janvier 2015, pour qu'elle soit conforme aux nouveaux critères.

Les travaux pour la planification hospitalière 2015 ont été divisés en trois étapes, soit la définition des besoins en soins de la population fribourgeoise, l'établissement du rapport de planification hospitalière et finalement l'établissement de la liste hospitalière et des mandats de prestations aux établissements.

Figure 1 : Calendrier de la planification hospitalière



1^{ère} étape: Définition des besoins

La première étape de la planification hospitalière 2015 s'est terminée par la publication du rapport de définition des besoins au 1^{er} semestre 2014³. Le but du rapport de définition des besoins est d'apprécier les besoins stationnaires de la population du canton en soins somatiques aigus, en réadaptations, en psychiatrie et en soins palliatifs relevant de la seule loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), indépendamment du lieu de traitement. A cet effet, il a été tenu compte de la demande actuelle en soins hospitaliers de la population fribourgeoise pour déterminer les besoins futurs à l'horizon 2020. Des facteurs d'influence tels que les développements démographique, épidémiologique et de la technologie médicale ont été pris en compte. La demande de prestations par la population permettra de définir l'offre indispensable et correspondant à cette demande.

² Tribunal administratif fédéral, Jugement du 7 juin 2012 (C-325/2010), Cliniques privées contre le Conseil d'Etat du canton de Berne.

³ Le rapport est consultable sur http://www.fr.ch/ssp/fr/pub/hopitaux/planification_hospitaliere.htm



2^{ème} étape: Rapport de planification

La deuxième étape du processus de planification a englobé l'évaluation selon les mêmes critères des hôpitaux susceptibles de pouvoir couvrir les besoins de la population, l'analyse des différentes variantes de liste hospitalière, et la préparation des mandats de prestations pour 2015.

Pour définir les futurs mandats de prestations, le canton s'est basé sur le concept de groupes de prestations pour la planification hospitalière développé par le canton de Zurich, en collaboration avec le canton de Berne et recommandé par la Conférence suisse de directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Une centaine de groupes de prestations médicalement et économiquement pertinents a ainsi été définie, sur la base notamment des codes diagnostics et des codes des opérations. Ce concept permet de soumettre les groupes de prestations à des **conditions médicalement fondées**, comme par exemple la combinaison de groupes de prestations permettant d'assurer une prise en charge globale du ou de la patient-e, la présence de disciplines de soutien (soins intensifs, urgences, etc.), le respect d'un nombre minimum de cas (masse critique), les dotations requises, etc. Ces conditions constituent des exigences minimales en termes de sécurité des patient-e-s et de qualité des prestations.

Ces groupes de prestations et leurs exigences spécifiques ont constitué le point de départ de la procédure d'appel d'offres qui a été lancée le 13 juin 2014. Les établissements hospitaliers ont été invités à soumettre, jusqu'au 31 août 2014, leur offre pour les différents groupes de prestations, respectivement pour une inscription sur la liste hospitalière. Pour les prestations en soins palliatifs spécialisés, en réadaptation et en psychiatrie, la démarche a été la même. Une proposition de liste des futurs hôpitaux répertoriés, respectivement de l'attribution des mandats de prestations à partir de 2015 a été préparée après analyse de toutes les offres reçues dans le délai.

Les résultats de ces analyses sont présentés dans ce rapport et les mandats de prestations figurent sur la liste hospitalière.

3^{ème} étape: Etablissement de la liste hospitalière

A Fribourg, la compétence de déterminer **la liste hospitalière** pour les prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins **incombe au Conseil d'Etat** sur préavis de la Commission de planification sanitaire. Suite à la modification de l'article 6 alinéa 2 lettre a de la loi du 16 novembre 1999 sur la santé (RSF 821.0.1) par la loi du 9 octobre 2013 constituant le contre-projet à l'initiative législative "pour des hôpitaux proches des citoyens", pour arrêter la planification hospitalière, le Conseil d'Etat présente préalablement un rapport au Grand Conseil à titre consultatif. Compte tenu des délais à respecter, ce rapport sera présenté lors de la session de mars 2015 et la nouvelle liste hospitalière devrait donc être arrêtée par le Conseil d'Etat à fin mars 2015. Dans l'intervalle, la liste hospitalière 2012 fait foi pour les mandats de prestations.

La liste hospitalière 2015 garantira une relative stabilité dans les mandats de prestations, notamment pour permettre les investissements nécessaires afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins. Cependant, l'autorité compétente doit pouvoir adapter la liste, pour qu'elle corresponde aux besoins réels de la population fribourgeoise.



4. Coordination avec les autres cantons

La planification hospitalière en vue de couvrir les besoins en soins garantit aux habitant-e-s du canton qui l'établit le traitement hospitalier à l'hôpital ou dans une maison de naissance (art. 58a OAMal). Aussi, la présente planification concerne-t-elle la population fribourgeoise. Cela ne signifie toutefois pas que la planification 2015 du canton de Fribourg ne prend pas en considération des patient-e-s et des planifications hospitalières d'autres cantons. Au contraire, dans ce cadre, de nombreux échanges ont eu lieu avec d'autres cantons. Le canton de Fribourg participe à différents groupes de travail inter cantonaux qui se penchent sur les questions de planification hospitalière. De plus, des collaborations plus étroites ont été tissées avec la Direction de la santé du canton de Zürich et avec l'Observatoire valaisan de la santé, notamment pour l'évaluation des besoins.

L'article art. 39 al. 2 LAMal et l'article 58d OAMal exigent que les cantons coordonnent leurs planifications. Ils doivent ainsi, en particulier exploiter les informations pertinentes concernant les flux de patient-e-s, les échanger avec les cantons concernés et coordonner les mesures de planification avec les cantons concernés par celles-ci dans la couverture de leurs besoins. Les Directions de la santé des cantons de Berne et de Vaud, cantons voisins, ont ainsi été invitées à se prononcer sur le rapport d'évaluation de besoin et sur la planification hospitalière. De plus, des contacts directs ont eu lieu avec ces cantons pour discuter de certains points précis, en particulier de l'hôpital intercantonal de la Broye (HIB) Vaud-Fribourg où les besoins fribourgeois et vaudois doivent être pris en compte pour l'attribution du mandat de prestations.



B. Soins somatiques aigus

La LAMal et ses ordonnances ne définit pas ce qui est précisément entendu par « soins somatiques aigus ». Dans le présent rapport, cette notion comprend le traitement stationnaire des maladies aiguës et des accidents. La période aiguë est la période limitée dans le temps (30-60 jours) qui, lors de maladie aiguë ou d'accident, est associée à une indication médicale exigeant un diagnostic médical ainsi qu'un traitement médical, thérapeutique et soignant. Des périodes aiguës peuvent aussi survenir au cours d'une maladie chronique.⁴

1. Groupes de prestations

Avec le passage à la planification hospitalière liée aux prestations, les mandats de prestations deviennent plus détaillés et portent davantage sur des prestations spécifiques. Pour faciliter l'attribution de mandats portant sur des prestations spécifiques, la Direction de la santé du canton de Zurich a élaboré, avec l'aide de plus de 100 spécialistes et en collaboration avec la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, un concept de groupes de prestations pour les soins somatiques aigus (GPPH - groupes de prestations pour la planification hospitalière), recommandé par la CDS.

1.1 Définition des groupes de prestations : objectif et élaboration

Pour que les groupes de prestations puissent constituer le cadre idéal des futurs mandats de prestations, ils doivent former des unités médicalement judicieuses; ainsi, les prestations médicales qui normalement sont fournies ensemble doivent se retrouver dans le même groupe de prestations. La complexité des prestations est également prise en compte, de sorte que, dans un groupe, se retrouvent uniquement des interventions avec un degré de complexité semblable et que les conditions d'attribution d'un mandat de prestations puissent être appropriées. La définition claire des groupes de prestations est une condition préalable à l'élaboration de mandats de prestations contrôlables. Tous les groupes de prestations sont définis de manière univoque en se fondant sur les codes de diagnostic (CIM) et de traitement (CHOP) ou les SwissDRG.

A l'aide d'un algorithme, tous les cas ont été attribués à un groupe de prestations en fonction des codes CIM, CHOP et parfois DRG décrivant leur séjour hospitalier. Les cas qui auraient pu être attribués à plusieurs groupes de prestations en raison de leur codage ont été classés selon une hiérarchie des groupes de prestations définie par l'algorithme. L'algorithme du logiciel qui permet le regroupement des prestations (le groupeur) est mis à jour en fonction des différentes versions CIM, CHOP et DRG utilisées. Les définitions et la documentation de la version actuelle sont disponibles sur le site internet⁵ de la Direction de la santé publique du canton de Zurich.

1.2 Aperçu des groupes de prestations

Deux groupes de prestations, le paquet de base (PB) et le paquet de base programmé (PBP), forment le fondement pour tous les autres groupes de prestations. Le PB représente la base et est obligatoire pour tous les hôpitaux comportant un service des urgences, tandis que le PBP forme la base pour les fournisseurs de prestations qui travaillent avant tout de manière

⁴ Association suisse des infirmières et infirmiers, Association suisse des services d'aide et de soins à domicile, Forum helvétique sur l'accueil prolongé des personnes âgées, Financement des soins : Points de vue conjoints des fournisseurs de prestations, Berne / Zurich, 2004, page 18.

⁵ www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_2012/leistungsgruppen.html#a-content.



programmée sans disposer d'un service des urgences. Sans un paquet de base ou un paquet de base programmé, aucune prestation spécialisée ne peut être fournie.

Le paquet de base (PB) comprend toutes les prestations relevant des soins de base dans tous les domaines de prestations. En règle générale, ces prestations sont fournies au quotidien par les spécialistes en médecine interne et en chirurgie, sans recours à d'autres spécialistes.

Si le PB est obligatoire pour tous les hôpitaux disposant d'un service des urgences, il représente également une condition pour tous les groupes de prestations comportant un fort pourcentage de patient-e-s admis en urgence. Comme ces personnes arrivent souvent à l'hôpital avec des troubles non encore définis, il ne suffit pas qu'il y ait un service des urgences adéquat, il faut aussi une offre étendue en soins de base. C'est le seul moyen de garantir que ces patient-e-s vont bénéficier d'un diagnostic complet et, le cas échéant, recevoir immédiatement un premier traitement.

Le paquet de base programmé (PBP) fait partie du PB et comprend uniquement les prestations relevant des soins de base dans les «domaines de prestations programmées», c'est-à-dire ceux pour lesquels l'hôpital dispose d'un mandat de prestations. Par exemple, si un fournisseur a un mandat pour les groupes de prestations urologiques, le PBP comprend toutes les prestations de base urologiques. De plus, les hôpitaux disposant du PBP peuvent faire quelques interventions de base clairement définies de la chirurgie viscérale et des vaisseaux, par exemple les hernies et les varices.

Le PBP constitue la base pour tous les fournisseurs sans service des urgences. Les hôpitaux avec PBP ne peuvent offrir que des groupes de prestations comprenant principalement des interventions programmées dans les domaines suivants: ophtalmologie, ORL, appareil locomoteur, gynécologie et urologie.



Le tableau ci-dessous donne un aperçu de tous les groupes de prestations:

Tableau 1 : Groupes de prestations en soins aigus

Paquet de base

Paquet de base	BP	Paquet de base
Paquet de base programmé	BPE	Paquet de base programmé

Système nerveux et organes sensoriels

Dermatologie	DER1 DER1.1 DER1.2 DER2	Dermatologie (y c. vénéréologie) Oncologie dermatologique Affections cutanées graves Traitement des plaies
Oto-rhino-laryngologie	HNO1 HNO1.1 HNO1.1.1 HNO1.2 HNO1.2.1 HNO1.3 HNO1.3.1 HNO1.3.2 HNO2 KIE1	Oto-rhino-laryngologie (chirurgie ORL) Chirurgie cervico-faciale Interventions ORL complexes (chirurgie tumorale interdisciplinaire) Chirurgie élargie du nez et des sinus Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne) Chirurgie de l'oreille moyenne (tympanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédiennne) Chirurgie élargie de l'oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère Implants cochléaires (CIMHS) Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes Chirurgie maxillaire
Neurochirurgie	NCH1 NCH1.1 NCH2 NCH3	Neurochirurgie crânienne Neurochirurgie spécialisée Neurochirurgie spinale Neurochirurgie périphérique
Neurologie	NEU1 NEU2 NEU2.1 NEU3 NEU3.1 NEU4 NEU4.1	Neurologie Tumeur maligne secondaire du système nerveux Tumeur primaire du système nerveux (sans patient-e-s palliatifs) Maladies cérébrovasculaires Maladies cérébrovasculaires avec stroke unit (CIMHS) Epileptologie: diagnostic complexe Epileptologie: traitement complexe
Ophtalmologie	AUG1 AUG1.1 AUG1.2 AUG1.3 AUG1.4 AUG1.5	Ophtalmologie Strabologie Orbite, Paupières, Voies lacrymales Chirurgie spécialisée du segment antérieur Cataracte Affections du corps vitré/de la cornée

Organes internes

Endocrinologie	END1	Endocrinologie
Gastroentérologie	GAE1 GAE1.1	Gastroentérologie Gastroentérologie spécialisée
Chirurgie viscérale	VIS1 VIS1.1 VIS1.2 VIS1.3 VIS1.4 VIS1.4.1 VIS1.5	Chirurgie viscérale Interventions majeures sur le pancréas (CIMHS) Interventions majeures sur le foie (CIMHS) Chirurgie de l'œsophage (CIMHS) Chirurgie bariatrique Chirurgie bariatrique spécialisée (CIMHS) Interventions sur le bas rectum (CIMHS)



Hématologie	HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës
	HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative
	HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques
	HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques
	HAE4	Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques
	HAE5	Transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques (CIMHS)
Vaisseaux	GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)
	ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artérielles)
	GEF2	Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux
	ANG2	Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux
	GEF3	Chirurgie carotidienne
	ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens
	GEF4	Chirurgie vasculaire des vaisseaux intracrâniens (interventions électives, excl. AVC)
	ANG4	Interventions sur les vaisseaux intracrâniens (interventions électives, excl. AVC)
	RAD1	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)
Cœur chirurgie	HER1	Chirurgie cardiaque simple
	HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans coronarienne)
	HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)
	HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe
	HER1.1.3	Chirurgie et interventions de l'aorte thoracique
	HER1.1.4	Chirurgie de la valve aortique
	HER1.1.5	Chirurgie de la valve mitrale
	KAR1	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)
	KAR1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)
	KAR1.1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)
	KAR1.2	Electrophysiologie (ablations)
	KAR1.3	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)
Néphrologie	NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)
Urologie	URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'
	URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'
	URO1.1.1	Prostatectomie radicale
	URO1.1.2	Cystectomie radicale
	URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)
	URO1.1.4	Surrénalectomie isolée
	URO1.1.5	Plastie reconstructive de la jonction pyélo-urétérale
	URO1.1.6	Plastie reconstructive de l'urètre
	URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel
	URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs
Pneumologie	PNE1	Pneumologie
	PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale
	PNE1.2	Evaluation avant ou statuts après transplantation
	PNE1.3	Mucoviscidose
	PNE2	Polysomnographie
Chirurgie thoracique	THO1	Chirurgie thoracique
	THO1.1	Néoplasmes malins du système respiratoire (résection curative par lobectomie / pneumonectomie)
	THO1.2	Chirurgie du médiastin
Transplantations	TPL1	Transplantations cardiaques (CIMHS)
	TPL2	Transplantations pulmonaires (CIMHS)
	TPL3	Transplantations hépatiques (CIMHS)
	TPL4	Transplantations pancréatiques (CIMHS)
	TPL5	Transplantations rénales (CIMHS)
	TPL6	Transplantations intestinales
	TPL7	Transplantation de rate
Appareil locomoteur		
Orthopédie	BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur
	BEW2	Orthopédie
	BEW3	Chirurgie de la main
	BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude
	BEW5	Arthroscopie du genou
	BEW6	Reconstruction de membres supérieurs
	BEW7	Reconstruction de membres inférieurs
	BEW8	Chirurgie de la colonne vertébrale
	BEW8.1	Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale
	BEW9	Tumeurs osseuses



	BEW10 BEW11	Chirurgie du plexus Réimplantations
Rhumatologie	RHE1 RHE2	Rhumatologie Rhumatologie interdisciplinaire

Gynéco-obstétrique et Nouveau-nés

Gynécologie	GYN1 GYN1.1 GYN1.2 GYN1.3 GYN1.4 GYN2 PLC1	Gynécologie Néoplasmes malins de la vulve et du vagin Néoplasmes malins du col de l'utérus Néoplasmes malins du corps utérin Néoplasmes malins de l'ovaire Néoplasmes malins de la glande mammaire Interventions liées à la transsexualité
Obstétrique	GEBH GEB1 GEB1.1 GEB1.1.1	Maisons de naissance (à partir de la 37e semaine) Soins de base en obstétrique (à partir de la 34e semaine et >= 2000g) Obstétrique (à partir de la 32e semaine et >= 1250g) Obstétrique spécialisée
Nouveau-nés	NEO1 NEO1.1 NEO1.1.1 NEO1.1.1.1	Soins de base aux nouveau-nés (dès âge gestationnel 34 0/7 SA et PN 2000g) Néonatalogie (dès âge gestationnel 32 0/7 SA et PN 1250g) Néonatalogie spécialisée (dès âge gestationnel 28 0/7 SA et PN 1000g) Néonatalogie très spécialisée (âge gestationnel <28 0/7 SA et PN <1000g)

Autres

(Radio-) oncologie	ONK1 RAO1 NUK1	Oncologie Radio-oncologie Médecine nucléaire
Traumatismes graves	UNF1 UNF1.1 UNF2	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes) Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes cranio-cérébraux) Brûlures étendues (CIMHS)

Domaines pluridisciplinaires

Pédiatrie	KINM	Pédiatrie
Chirurgie pédiatrique	KINC KINB	Chirurgie pédiatrique Chirurgie pédiatrique de base
Gériatrie	GER	Centre de compétence en gériatrie aiguë



2. Evaluation des besoins en soins somatiques aigus

Le présent chapitre est consacré à l'évaluation des besoins en soins somatiques aigus futurs de la population fribourgeoise et explique comment ceux-ci ont été évalués. Cette évaluation a fait l'objet d'un rapport⁶ exhaustif, publié en juin 2014, raison pour laquelle tous les détails ne sont pas exposés ici.

Après la description du modèle théorique et de la méthodologie utilisée, les besoins passés et actuels pour les prestations en soins somatiques aigus de la population fribourgeoise seront présentés, suivis des projections des prestations concernant les besoins en soins somatiques aigus pour l'année 2020.

2.1 Modèle théorique utilisé et facteurs d'influence de l'évolution des besoins

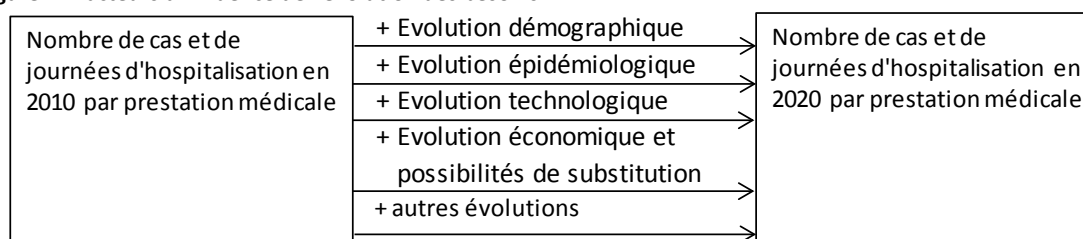
L'analyse des besoins a débuté par la sélection des données permettant d'identifier les cas relevant de la planification hospitalière. Les données de la statistique médicale des hôpitaux de l'année 2010 ont été utilisées, à savoir les plus récentes disponibles de façon exhaustive selon les recommandations de la CDS⁷ (cas hospitalisés à Fribourg et hors canton) et pour lesquels le modèle de facteur d'influence a été disponible.

A noter que le codage médical en 2010 n'était pas une priorité pour les établissements, notamment fribourgeois, car le remboursement des prestations n'était pas encore lié à l'intervention et à la prise en charge médicale précise. La qualité des données 2010 n'est donc pas encore très précise dans tous les domaines, situation qui s'améliore d'année en année.

Pour effectuer les projections des besoins en soins à l'horizon 2020, les données 2010 ont été confrontées à un modèle d'évaluation des besoins développé par la Direction de la santé publique du canton de Zurich. Ce modèle considère que l'évolution des besoins dépend de plusieurs facteurs:

- > de la démographie (accroissement et vieillissement de la population),
- > de la technologie médicale (nouvelles techniques diagnostiques et thérapeutiques),
- > de l'épidémiologie (incidence des maladies),
- > du transfert stationnaire-ambulatoire et de l'évolution des durées moyennes de séjour.

Figure 2 : Facteurs d'influence de l'évolution des besoins



⁶ Evaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2015, Fribourg, 2014.

(http://www.fr.ch/sssp/fr/pub/hopitaux/planification_hospitaliere.htm)

⁷ Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière d'après la révision de la LAMal sur le financement hospitalier du 21.12.2007 (http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Empfehlungen/EM_Spitalplanung_20090514-f.pdf), Berne, 2009, page 3.



Le principal facteur d'influence sur l'évolution des besoins est l'évolution démographique (croissance et vieillissement de la population). En outre, des facteurs économiques, épidémiologiques ainsi que l'évolution des technologies médicales sont aussi déterminants.

2.1.1 Facteur démographique

Le facteur démographique a un impact important sur les projections des besoins dans tous les domaines (soins aigus, réadaptation, psychiatrie).

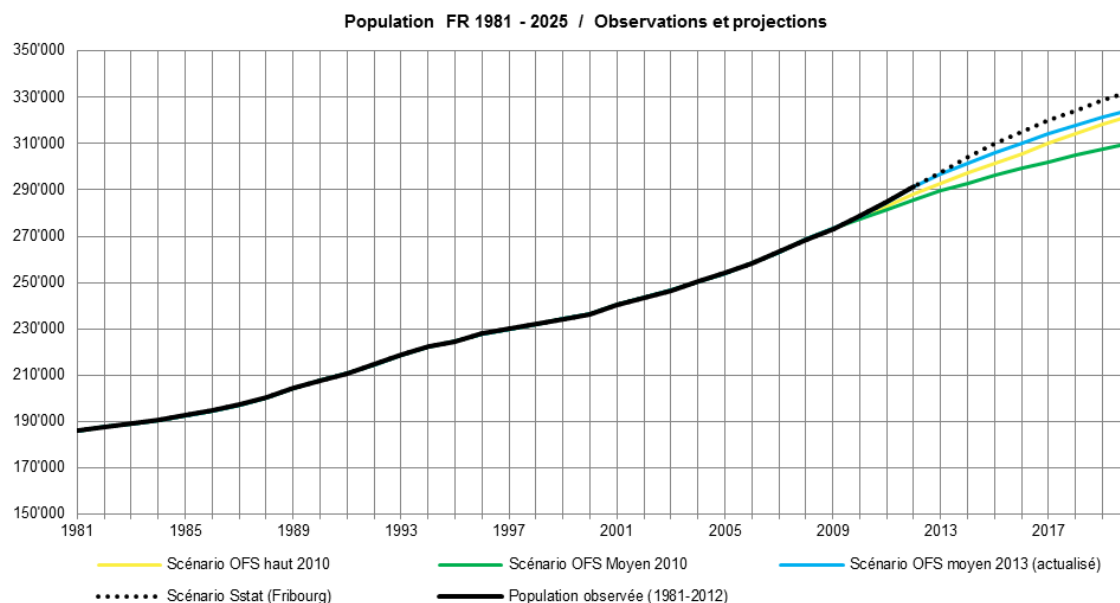
De 1981 à 2012, la population du canton de Fribourg est passée de 185'546 à 291'395 habitant-e-s, soit un accroissement de 57%.

L'augmentation de l'espérance de vie, une natalité relativement faible, ainsi qu'une immigration insuffisante pour compenser l'effet de ces deux premiers facteurs, conduisent au vieillissement de la population fribourgeoise. Cela se traduit par une part grandissante des groupes d'âge les plus élevés dans la population totale : le groupe des 65 ans à 79 ans est passée de 9.6% en 2000 à 10.7% en 2010, celui des 80 ans et plus, de 3.3% à 3.7%. Le vieillissement de la population a un impact majeur sur l'évolution des besoins en soins hospitaliers fribourgeois.

L'OFS a développé des scénarios démographiques pour l'ensemble de la Suisse et pour les cantons. Le scénario moyen de l'OFS (ligne verte) (Fig.3) est souvent utilisé comme scénario de référence. Durant ces dernières années, la croissance de la population fribourgeoise (données réelles) s'est révélée supérieure à celle projetée dans le scénario moyen de l'OFS (données de projection), le solde migratoire ayant été sous-estimé.

Le graphique ci-dessous nous montre l'évolution réelle de la population fribourgeoise depuis 1981 jusqu'en 2012. Il s'agit donc de la population observée (ligne noire). Quatre scénarios d'évolution démographique sont également présentés. La ligne verte représente le scénario OFS moyen 2010, la ligne jaune, le scénario OFS haut 2010. La ligne noire en pointillés est un scénario cantonal développé par le service statistique de Fribourg, la ligne bleue représente le scénario moyen révisé de l'OFS (2013). C'est finalement ce dernier scénario qui a été retenu pour les projections des besoins en soins à l'horizon 2020. Ce scénario prévoit pour les années 2012 à 2020 une poursuite de la croissance de la population fribourgeoise; la population du canton croîtra de 16.6% entre 2010 et 2020, passant de 278'500 à 324'800 habitant-e-s.

Figure 3 : Population FR 1981 - 2020 / Observations et projections



Sources : Sstat, OFS

2.1.2. Autres facteurs d'influence

En plus de l'évolution démographique, d'autres facteurs ont un impact sur les besoins en soins hospitaliers. Globalement, ces facteurs ont des effets sur les taux d'hospitalisation (ou sur le nombre de cas hospitalisés dans une population donnée) et sur les durées moyennes de séjour. Les facteurs considérés pour chaque domaine hospitalier (soins somatiques aigus, réadaptation, psychiatrie) et les hypothèses retenues sont détaillés ci-après.

Il convient de relever que, pour développer ses hypothèses, le canton de Zurich a collaboré étroitement avec des institutions universitaires reconnues pour leur expertise en santé publique. Il est raisonnable de considérer que l'évolution des besoins de santé de la population du canton de Zurich est soumise aux mêmes influences que l'évolution des besoins de la population du canton de Fribourg, et, plus largement, de la population suisse dans son ensemble.

2.1.2.1 Evolution épidémiologique

Le facteur épidémiologique a un impact modeste sur les projections des besoins.

Dans le rapport zurichois, les hypothèses quant à l'évolution épidémiologique sont construites sur la base d'une revue de littérature réalisée par un groupe d'experts de l'Institut für Sozial- und Präventivmedizin de l'Université de Berne.

Des augmentations du nombre de cas sont attendues particulièrement pour les maladies cardiovasculaires et les cancers.

2.1.2.2 Evolution de la technologie médicale

Le facteur de l'évolution de la technologie médicale a un impact modeste sur les projections des besoins.



Dans le rapport zurichois, les hypothèses quant à l'évolution des technologies médicales sont construites sur la base d'une revue de littérature et d'un questionnaire auprès d'experts réalisés par le Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW)⁸.

Des augmentations du nombre de cas, liées au développement des technologies médicales, sont attendues notamment dans les domaines suivants :

- > les maladies cardiovasculaires (en raison du développement de certaines techniques telles que la pose de défibrillateurs intra-ventriculaires, les thérapies de resynchronisation pour les insuffisances cardiaques ou la réparation endovasculaire d'anévrisme),
- > l'orthopédie (notamment une augmentation du nombre d'opérations pour des révisions de prothèse de hanche et de genou),
- > les maladies digestives (notamment une augmentation du nombre d'opérations par laparoscopie),
- > l'oncologie/radio-oncologie (en raison du développement de traitements pour de nouvelles indications).

2.1.2.3 Virage stationnaire – ambulatoire

Le facteur du virage du stationnaire vers l'ambulatoire a un impact important sur les projections des besoins.

Dans les travaux du canton de Zurich, certains traitements réalisés à l'hôpital ont été identifiés comme potentiellement réalisables en ambulatoire. La majorité de ces cas concernent des hospitalisations de moins de 3 jours et certains domaines en particulier, comme par exemple l'ophtalmologie et l'oncologie/radiooncologie.

Pour le canton de Fribourg, les hypothèses du scénario principal du rapport zurichois ont été reprises dans leur intégralité, à savoir un transfert de 50% des traitements du stationnaire vers l'ambulatoire sur les prestations substituables qui ont été identifiées⁹.

2.1.2.4 Diminution de la durée moyenne de séjour (DMS)

Le facteur de la DMS a un impact important sur les projections des besoins.

Ces 20 dernières années, la durée moyenne de séjour a diminué dans de nombreux pays de l'OCDE, y compris en Suisse et dans le canton de Fribourg. Toutefois, la durée moyenne de séjour en Suisse est encore relativement haute en comparaison internationale. Il est probable que les durées de séjour vont continuer à diminuer dans les années à venir, notamment en lien avec l'utilisation des SwissDRG.

La diminution des DMS également constatée dans le canton de Fribourg devrait se poursuivre ces prochaines années. Il est bien évident que les DMS des différentes prestations ne sont pas compressibles au-delà d'un certain seuil ; mais il est très difficile voire impossible d'évaluer ces seuils dans le futur car ils dépendent principalement de l'évolution des pratiques de soins

⁸ Ce rapport est disponible sur www.gd.zh.ch/versorgungsbericht

⁹ http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_spitallisten/akutsomatik/archiv_projekt_spitalplanun_2012/versorgungsbericht.html



et des moyens humains et technologiques disponibles, facteurs qui sont difficilement prévisibles à 10 ans.

L'ampleur de cette diminution est incertaine mais l'hypothèse est que le canton de Fribourg atteigne le 40^{ème} percentile de la durée moyenne de séjour en Suisse (valeur 2010) d'ici à 2020. Cette cible, retenue également dans le canton de Zürich, devrait être atteinte uniquement lorsque la DMS du traitement est supérieure à la moyenne suisse. Pour les prestations où la DMS est inférieure à la moyenne suisse, aucune correction n'est faite.

Afin de suivre l'évolution des paramètres retenus, il est prévu d'assurer un monitoring de l'activité hospitalière future ainsi que de procéder, au besoin, à des mises à jour des facteurs d'évolution présentés dans ce chapitre afin d'actualiser régulièrement les projections des besoins hospitaliers.

2.2 Besoins en soins somatiques à l'horizon 2020

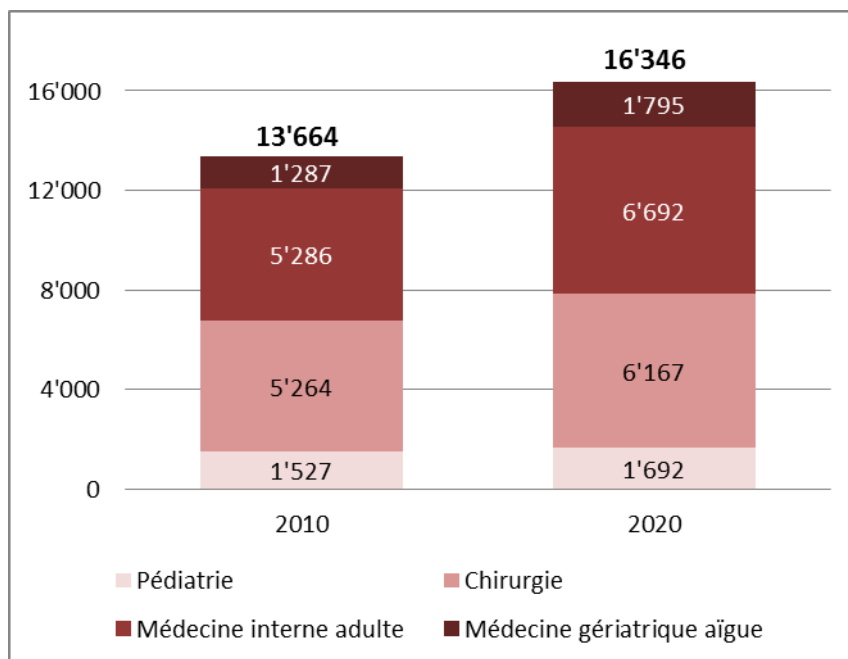
L'évaluation des besoins en soins hospitaliers, telle qu'elle ressort du rapport de juin 2014¹⁰, a permis de mettre en lumière les prestations pour lesquelles la population fribourgeoise a été hospitalisée en 2010 (base statistique officielle complète la plus récente) à charge de l'assurance obligatoire des soins et quelle devrait être l'évolution des besoins jusqu'en 2020 dans le cadre de la LAMal (autres assurances sociales et patient-e-s domicilié-e-s hors canton non compris). Les projections 2020 tiennent compte de l'évolution démographique, épidémiologique et technologique, ainsi que de la substitution entre prises en charge ambulatoire et stationnaire. Pour les projections, le scénario moyen révisé de l'OFS (2013) en matière d'évolution démographique a été retenu.

Sur cette base, le nombre d'hospitalisations des patient-e-s fribourgeois-e-s dans les prestations du paquet de base en soins somatiques aigus devraient évoluer de la manière suivante :

¹⁰ Evaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2015, Fribourg, 2014.



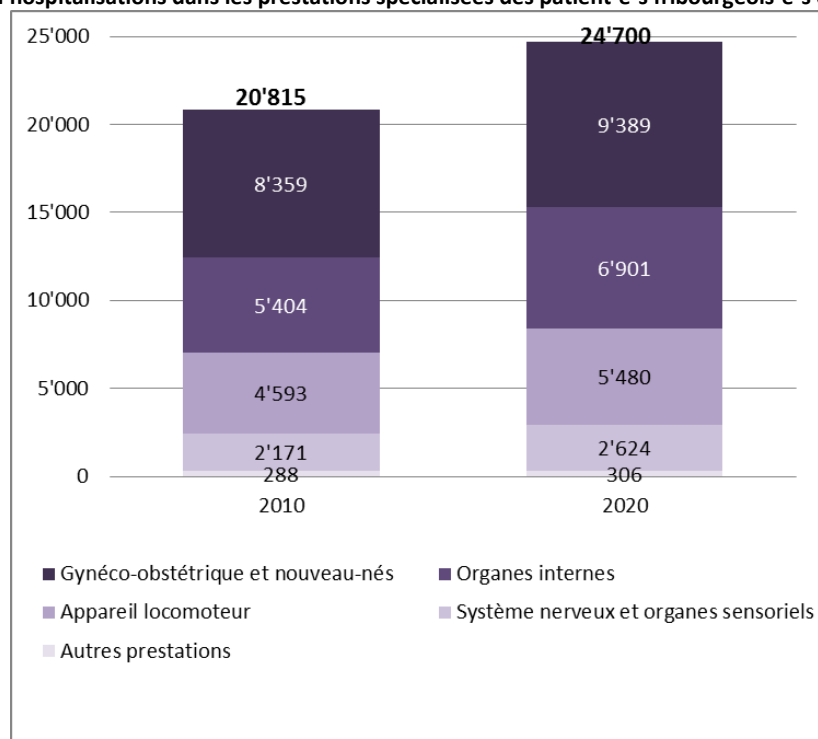
Figure 4: Nombre d'hospitalisations dans le paquet de base en soins aigus des patient-e-s fribourgeois-e-s en 2010 et 2020



L'évolution représente globalement pour les prestations du paquet de base une augmentation de 20% pour le nombre d'hospitalisations d'ici 2020.

Le nombre d'hospitalisations des patient-e-s fribourgeois-e-s dans les prestations spécialisées en soins somatiques aigus devrait évoluer de la manière suivante :

Figure 5: Nombre d'hospitalisations dans les prestations spécialisées des patient-e-s fribourgeois-e-s en 2010 et 2020





L'évolution représente globalement pour les prestations spécialisées une augmentation de 19% pour le nombre d'hospitalisations d'ici 2020.

Les données ci-dessus tiennent compte de l'ensemble des hospitalisations de patient-e-s domicilié-e-s dans le canton de Fribourg à charge de l'assurance obligatoire des soins, que la prise en charge ait lieu dans le canton ou hors canton. Conformément à l'article 58b OAMal, l'offre couverte par les autres établissements hospitaliers hors canton (libre choix) doit être déduite des mandats de prestations répertoriés sur la liste hospitalière fribourgeoise. Or, sur la base des données à disposition cette déduction n'est pas possible. Effectivement, les établissements universitaires ont des mandats partiels pour certaines prestations précises, or ces mandats n'ont pas été attribués selon la même logique que celle utilisée pour l'évaluation des besoins. Il a donc été procédé dans tous les groupes de prestations à une déduction globale de 18% se fondant sur la proportion des séjours hors canton payés en 2010 dans le cadre des hospitalisations hors canton par nécessité médicale, en tenant compte d'une progression de 2% des hospitalisations dans le canton.

3. Critères d'évaluation

Les critères sur lesquels doit se fonder la planification hospitalière découlent aussi bien des textes législatifs que de la jurisprudence. Ces critères sont les mêmes pour tous les fournisseurs de prestations. La LAMal nomme explicitement la qualité et l'économicité des prestations fournies. L'article 41a, alinéa 1 LAMAL stipule également l'obligation de l'admission pour les établissements listés : « Dans les limites de leurs mandats de prestations et de leurs capacités, les hôpitaux répertoriés sont tenus de garantir la prise en charge de tous les assuré-e-s résidant dans le canton où se situe l'hôpital (obligation d'admission) ».

L'OAMal ajoute à ces critères l'accès des patient-e-s au traitement dans un délai utile, ainsi que la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations. L'article 58b, alinéa 5 OAMal précise également que « lors de l'examen du caractère économique et de la qualité, les cantons prennent notamment en considération :

- a. l'efficacité de la fourniture de prestations;
- b. la justification de la qualité nécessaire;
- c. dans le domaine hospitalier, le nombre minimum de cas et l'exploitation des synergies. »

Toutefois, les critères de planification établis par le Conseil fédéral ne sont que peu concrets et laissent une marge de manœuvre aux cantons. Le Conseil fédéral a surtout omis de concrétiser ses critères d'évaluation et de définir des critères opérables. Ainsi, il incombe aux cantons de définir les exigences selon lesquelles la qualité et l'économicité des prestations peuvent être vérifiées.

Les exigences appliquées dans le cadre de la planification hospitalière fribourgeoise s'appuient sur les recommandations de la CDS et leur mise en application s'inspire de ce qui se fait dans d'autres cantons. Sont ainsi distinguées les exigences générales qui s'appliquent à tous les établissements, indépendamment de leur gamme de prestations, et les exigences spécifiques propres à chaque groupe de prestations.



3.1 Exigences générales

Chaque établissement doit remplir les exigences générales de l'article 39, alinéa 1 LAMal et garantir la prise en charge de tous les assuré-e-s LAMal résidant dans le canton de Fribourg, indépendamment de leur statut d'assurance, dans la limite de son mandat de prestations et de ses capacités (obligation d'admission), conformément à l'article 41a LAMal. De plus, les dispositions en matière de financement de la loi du 4 novembre 2011 concernant le financement des hôpitaux et des maisons de naissance doivent être respectées.

Pour ce qui est du délai utile dans lequel une prestation doit pouvoir être fournie, il fait appel à la notion de la proximité. Ainsi, pour la même offre médicale, en particulier pour une prestation de base, les établissements qui sont plus facilement et rapidement accessibles pour la population fribourgeoise sont favorisés.

3.1.1 Exigences en matière de qualité

La planification hospitalière cantonale doit se baser entre autres sur la qualité des prestations fournies par les établissements. L'article 58b alinéa 5 lettre b OAMal oblige les cantons, lors de l'examen de la qualité, à prendre notamment en considération la justification de la qualité nécessaire. Le Conseil fédéral n'a jusqu'à présent pas défini de critères ou données qui permettraient une comparaison entre établissements en matière de qualité ; les cantons ont donc une large marge d'appréciation de ce critère.

Déjà aujourd'hui les hôpitaux de la liste hospitalière fribourgeoise fournissent des prestations de bonne qualité. C'est la raison pour laquelle il suffit de définir des standards auxquels tous les établissements doivent répondre, indépendamment de leur mandat de prestations.

Concept d'assurance qualité : Selon art. 77 OAMal, les fournisseurs de prestations ou leurs organisations doivent élaborer des conceptions et des programmes en matière d'exigences de la qualité des prestations et de promotion de la qualité. Les modalités d'exécution (contrôle de l'observation, conséquences de l'inobservation, financement) sont réglées dans les conventions tarifaires ou dans des conventions particulières relatives à la garantie de la qualité conclues avec les assureurs ou les organisations d'assureurs. Chaque hôpital listé dispose d'un concept écrit d'assurance qualité et peut le présenter à la demande de la Direction de la santé et des affaires sociales. Les objectifs de qualité comprennent des indications sur la qualité de structure, la qualité des processus et la qualité des résultats. Il renseigne sur la manière dont le contrôle de qualité se fait, ainsi que sur l'adaptation et la modification du concept d'assurance qualité suite à ces contrôles.

Participation à des mesures de qualité établies : Dans le cadre du contrat national qualité de l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques ANQ, les hôpitaux participent à des mesures de qualité définies pour les soins somatiques aigus, la réadaptation et la psychiatrie. Les établissements transmettent annuellement les résultats des mesures qualité dans un rapport adressé à la Direction de la santé et des affaires sociales et collaborent à leur analyse. Ce rapport tient compte des recommandations de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM, « Relevé, analyse et publication de données concernant la qualité des traitements médicaux »).

"Critical Incident Reporting System" (CIRS): Dans chaque hôpital listé, un "Critical Incident Reporting System" interdisciplinaire et interprofessionnel est introduit pour tout



l'établissement. Le but de ce système de déclaration des incidents est de donner aux employés la possibilité de signaler, dans un environnement protégé qui respecte la confidentialité ou l'anonymat, des incidents critiques dans leur environnement de travail respectif. Tous les employés sont formés (au moins informés) en ce qui concerne le CIRS et y ont accès. Les messages d'entrée du CIRS sont analysés, le potentiel d'amélioration est présenté, la direction de l'hôpital reçoit l'information de façon anonyme et les changements nécessaires sont mis en œuvre. Sont exclues de cette obligation, et ce au niveau national, les maisons de naissance, notamment parce que l'anonymat ne peut pas être garanti.

Protocoles de sortie et de transfert : L'objectif des protocoles de sortie et/ou de transfert des patient-e-s est de systématiser ces processus et d'assurer la continuité des soins aux patient-e-s en institution ou en ambulatoire sans frontières institutionnelles.

Cours de formation en réanimation : La formation continue en réanimation permet au personnel de réagir de manière adéquate dans les situations d'urgence vitale. Le personnel reçoit dans le cadre de la journée d'accueil une formation de réanimation (théorique et pratique). L'information sur l'organisation et le fonctionnement du système d'alerte lors d'une réanimation font partie intégrante de cette formation. La participation aux exercices de réanimation est notée dans un procès-verbal.

Concept d'hygiène/d'infectiologie : Une commission interdisciplinaire liée à l'hygiène hospitalière existe (des procès-verbaux des séances sont disponibles et les conclusions et les mesures concrètes proposées sont transmises à la direction de l'hôpital). De plus, un concept d'hygiène hospitalière écrit, ainsi qu'un concept écrit sur l'usage des antibiotiques, notamment à titre préventif, existent. La surveillance des infections nosocomiales et des développements des résistances aux antibiotiques est en place. Les collaborateurs sont formés pour la mise en œuvre du concept d'hygiène hospitalière.

Information aux patient-e-s : Les hôpitaux listés doivent mettre à disposition des patient-e-s toutes les informations relatives à leur prise en charge pendant l'hospitalisation ainsi que les suites de traitement, en particulier lors de la sortie.

Publication du rapport qualité H+ : Chaque année, les établissements hospitaliers ont la possibilité d'établir un rapport sur la qualité selon le modèle de H+ Les Hôpitaux de Suisse. La lisibilité et la transparence quant à certains indicateurs de qualité sont ainsi assurées lors de la publication de ce rapport en format standard par les hôpitaux. Les fournisseurs de prestations du canton de Fribourg remettent deux exemplaires du rapport chaque année à la Direction de la santé et des affaires sociales.

3.1.2 Exigences en matière d'économicité

La planification hospitalière cantonale doit se baser entre autres sur l'économicité des prestations fournies par les établissements. L'article 58b alinéa 5 lettre a OAMal oblige les cantons, lors de l'examen de l'économicité, à prendre notamment en considération l'efficacité de la fourniture de prestations. Le Conseil fédéral n'a jusqu'à présent pas défini de critères ou des données qui permettraient une comparaison en matière d'économicité entre établissements.

Dans le cadre de l'attribution de mandats de prestations, le canton doit évaluer le caractère économique selon les critères retenus au niveau fédéral, en règle générale en comparaison



avec d'autres prestataires. Le canton de Fribourg a, sur cette base, relevé les facteurs économiques pertinents pour juger de la situation financière des hôpitaux dans le respect des dispositions légales fédérales et cantonales; ces facteurs sont les suivants :

- > Fournir des garanties suffisantes en termes de pérennité et de solvabilité.
- > Respecter les principes comptables reconnus par le canton.
- > Fournir annuellement sa situation financière au Service de la santé publique
- > Démontrer annuellement l'économicité de ses prestations
- > Fournir annuellement le budget d'investissements
- > Fournir une bonne qualité de codage et facturer dans un délai permettant de garantir un fonds de roulement
- > Transmettre l'évolution de ses coûts de prestations LAMal sur les 5 dernières années et les prévisions pour les 5 prochaines années
- > Respecter les dispositions de la législation sur les marchés publics pour l'adjudication de fournitures, de service et de constructions.

Lors de l'attribution des mandats de prestations dans le cadre de l'adoption de la liste des hôpitaux, les cantons ont l'obligation de comparer le caractère économique des prestations des différents fournisseurs. Cette prescription a été renforcée par l'arrêt du Tribunal administratif fédéral du 16 juillet 2013 concernant la délivrance de mandats de prestations selon la liste des hôpitaux 2012 par le canton d'Argovie. La décision du Tribunal précise quelque peu la procédure et les données sur lesquelles s'appuyer pour l'examen des coûts liés aux prestations. Dans un premier temps, les prestations d'un hôpital et les coûts générés par ces prestations doivent être déterminés. Dans un deuxième temps, ces prestations et coûts doivent être comparés à ceux d'un ou de plusieurs autres hôpitaux (hôpitaux de référence). L'hôpital à évaluer et les hôpitaux de référence doivent disposer de bases de calcul identiques pour le calcul des coûts.

Le canton de Fribourg a analysé l'économicité des hôpitaux implantés sur son territoire de la manière décrite ci-dessus.

3.2 Exigences spécifiques

Selon les groupes de prestations qu'un établissement souhaite offrir, des exigences spécifiques liées à la prestation doivent être remplies. Ces exigences sont brièvement décrites ci-après aux points 3.2.1 à 3.2.8.

3.2.1 Médecin spécialiste et disponibilité

Les spécialistes requis (titulaires d'un titre FMH ou d'un titre étranger équivalent) varient suivant le groupe de prestations. Au moins un des spécialistes mentionnés doit être disponible. Pour les disciplines relevant de la médecine interne, par exemple, il doit s'agir d'internistes et/ou de spécialistes en fonction des nécessités médicales. En principe, ce sont eux qui traitent les patient-e-s concerné-e-s. L'hôpital et les spécialistes ont toutefois la compétence de déléguer le traitement. Ainsi, pour certains groupes de prestations, ils peuvent aussi recourir à des médecins agréés ou à des médecins consultants. Le type d'engagement des spécialistes est précisé pour chaque groupe.



Egalement pour chaque groupe de prestations, la disponibilité attendue des médecins spécialistes ou des médecins disposant de la qualification appropriée est définie de manière précise. On distingue quatre niveaux de disponibilité en fonction de l'urgence de la prise en charge. La disponibilité des médecins spécialistes doit être garantie 24h sur 24 et 365 jours par an.

Le tableau ci-dessous donne la définition des disponibilités pour chaque niveau :

Tableau 2 : Définition des disponibilités des médecins

Niveau 1	Joignables en <60 min ou transfert	Les spécialistes * (médecins consultant-e-s) sont joignables dans les 60 minutes ou le ou la patiente est transféré-e à l'hôpital le plus proche offrant le groupe de prestations correspondant dans le même délai.
Niveau 2	Intervention <60min	Les spécialistes* du groupe de prestations concerné sont joignables en tout temps. En cas de nécessité médicale, ils peuvent assurer l'intervention diagnostique ou thérapeutique dans les 60 minutes ou, exceptionnellement, la faire pratiquer ailleurs dans le même délai.
Niveau 3	Intervention <30min	Les spécialistes* du groupe de prestations concerné sont joignables en tout temps. En cas de nécessité médicale, ils peuvent assurer l'intervention diagnostique ou thérapeutique dans les 30 minutes.
Niveau 4 (seulement obstétrique)	Intervention <15min	Uniquement pour l'obstétrique, disponibilité 24 h / 24: les accouchements sont assurés par un spécialiste en gynécologie et obstétrique (pouvant arriver à l'hôpital dans les 15 minutes).

* Spécialistes ou médecin avec qualification spécialisée correspondante



3.2.2. Service des urgences

Pour les groupes de prestations comptant de nombreux patient-e-s admis-e-s en urgence, un service des urgences est obligatoire. On distingue trois niveaux, définis selon le délai dans lequel le traitement nécessaire doit être effectué pour chaque groupe. Des exigences particulières sont définies pour l'obstétrique. La présence d'un service d'urgences est une des conditions à remplir pour prétendre à un mandat dans certaines prestations spécialisées.

Tableau 3 : Exigences pour le service des urgences

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4 (obstétrique)
Soins médicaux (sur place)	8-17h LU-VE: Des médecins spécialistes en médecine et en chirurgie sont disponibles pour les urgences (service hospitalier multifonctionnel). 17-8h LU-VE & 24/24 week-ends et jours fériés: Des médecins-assistants en médecine et en chirurgie sont disponibles pour les urgences.	8-17h LU-VE: Des médecins spécialistes en médecine et en chirurgie sont disponibles en première priorité pour les urgences et en cas de nécessité médicale sont disponibles en 5 minutes au service d'urgence (Intervention en salle d'opération uniquement permise pour des opérations d'urgence). 17-8h LU-VE & 24/24 week-ends et jours fériés: Des médecins-assistants en médecine et en chirurgie sont disponibles pour les urgences	8-23h LU-VE: Des médecins spécialistes en médecine et en chirurgie sont disponibles en première priorité pour les urgences et en cas de nécessité médicale sont disponibles en 5 minutes au service d'urgence (Intervention en salle d'opération uniquement pour des opérations d'urgence). 23-8h LU-VE 24/24 week-ends et jours fériés: Des médecins-assistants sont disponibles en première priorité pour les urgences et en cas de nécessité médicale sont disponibles en 5 minutes au service d'urgence. Au moins un ou une médecin-assistant-e effectue la deuxième-moitié de sa formation spécialisante. De plus, un ou une médecin spécialiste en chirurgie est à disposition du service d'urgence en cas de nécessité médicale en 15 min (Intervention en salle d'opération uniquement permise pour des opérations d'urgence) et un ou une médecin spécialiste en médecine est disponible en 30 min.	24 h/24: Les accouchements sont assurés par un gynécologue-obstétricien (pouvant arriver à l'hôpital dans les 15 minutes). Les césariennes en urgence doivent être réalisées en <30 min (entre la décision et la naissance).
Disciplines nécessaires à l'hôpital	Spécialiste joignable en cas de nécessité médicale: - médecine interne (en 30 minutes)* - chirurgie (en 30 minutes)* - anesthésie (en 15 minutes)		Spécialiste joignable en cas de nécessité médicale: - anesthésie (sur place) - soins intensifs (sur place)	Spécialiste / sage-femme joignable en cas de nécessité médicale: - anesthésie (sur place) - sage-femme: sur place 24h/24

* La présence permanente sur place n'est pas nécessaire



3.2.3. Unité de soins intensifs

Une unité de soins intensifs (USI) est obligatoire pour les groupes de prestations qui nécessitent des transferts fréquents aux soins intensifs. On distingue trois niveaux, définis selon la complexité du traitement intensif.

Tableau 4 : Exigences aux unités de soins intensifs

Exigences	Niveau 1 Unité de soins de surveillance	Niveau 2 Unité de soins intensifs (USI) selon la SSMI	Niveau 3 Unité de soins intensifs (USI)
Directives de base	Selon exigences spécifiques en annexe 2	Respecter les directives de la Société suisse de médecine intensive (SSMI) du 1er novembre 2007 sur la reconnaissance des unités de soins intensifs (http://www.sgi-ssmi.ch/sgi-richtlinien-is.html).	
Conditions supplémentaires			Nombre de journées de soins et de ventilation mécanique selon les critères de la FMH pour les établissements de formation postgrade de catégorie A:- nombre de journées de soins / an ≥2600- nombre de journées de ventilation mécanique / an ≥1000

3.2.4. Liens, prestations liées

De nombreux traitements nécessitent un savoir interdisciplinaire. Pour le garantir, les prestations qui sont étroitement liées du point de vue médical doivent donc être assurées sur le même site. Si un hôpital propose, par exemple, les prestations en chirurgie viscérale, il doit également fournir celles en gastroentérologie.

Des prestations comme la radiologie interventionnelle sont nécessaires pour certains groupes de prestations, mais ne doivent pas impérativement être fournies par le même hôpital. Dans un tel cas, une coopération réalisée à l'interne avec d'autres fournisseurs ou à l'externe (sous-traitance) peut s'avérer judicieuse, sous réserve que les partenaires disposent d'un mandat de prestations du canton. Dans ce cas une convention formelle doit être transmise à la Direction de la santé et des affaires sociales. Cette convention traite des points suivants:

- > Description des processus de prise en charge relative à la coopération en prenant en compte les interfaces entre les hôpitaux ;
- > Les interlocuteurs et les intervenants sont connus et clairement identifiés ;
- > Le périmètre et la rémunération des prestations médicales sont définis ;
- > La disponibilité temporelle est connue ;
- > Documentation médicale: l'hôpital qui accueille le ou la patient-e doit recevoir assez tôt le dossier défini au préalable. Une consultation complète et réciproque du dossier en cas de nécessité doit être garantie.



3.2.5 Tumor board (TUB)

Le traitement de patient-e-s présentant une tumeur cancéreuse requiert généralement un "tumor board". Ce groupe interdisciplinaire, qui se réunit régulièrement, comprend un radiooncologue, des oncologues, des internistes, des radiologues, un pathologiste ainsi qu'un spécialiste de l'organe touché. Grâce à la discussion interdisciplinaire des cas, chaque patient-e présentant une tumeur cancéreuse reçoit un traitement optimal et adapté, intégrant les acquis les plus modernes de la science médicale. Selon le stade et le type de maladie, il est décidé si le ou la patient-e nécessite une opération, une radiothérapie, une chimiothérapie ou une combinaison de différents procédés. Un tumor board peut en principe être géré en coopération avec un autre hôpital.

Quant au fonctionnement d'un tumor board, il exige que:

- > La présentation aux TUB par le spécialiste du service qui a pris en charge le ou la patient-e hospitalisé-e est faite de manière systématique.
- > Les situations de toutes et de tous les patient-e-s avec une tumeur, quelle que soit la gravité de la tumeur, sont présentées à l'occasion de ces rencontres.
- > Les médecins doivent participer régulièrement aux TUB. En cas d'absence justifiée, le ou la médecin doit être remplacé-e.
- > Les décisions prises pendant les TUB concernant les traitements sont documentées par écrit (PV TUB) et insérées dans les dossiers du ou de la patient-e.

3.2.6 Nombre minimal de cas

Comme condition pour la répartition de certaines prestations, le canton peut fixer un nombre minimum de cas au sens de l'art. 58b al. 5 let. c OAMal. Or il n'existe pas encore dans tous les domaines des bases qui permettent d'imposer un nombre minimal de cas, l'évidence empirique n'étant pas encore donnée. Toutefois, s'il s'agit d'une question pour laquelle les publications scientifiques se font de manière toujours plus récurrente et si le lien entre nombre de cas et qualité semble être donné, la difficulté réside dans la définition de la valeur seuil.

Un nombre minimal de 10 cas est prescrit pour une trentaine de groupes de prestations. Il s'agit surtout de traitements spécialisés nécessitant généralement une hospitalisation. Un nombre minimal plus élevé est requis pour la chirurgie coronarienne et les néoplasmes malins du système respiratoire, car ces deux prestations bénéficient d'ores et déjà de preuves empiriques étayées par des études scientifiques et d'exemples d'application à l'étranger.

3.2.7. Autres exigences

Pour certains traitements, des exigences supplémentaires spécifiques aux groupes de prestations doivent être remplies comme par exemple l'exigence d'une Stroke unit pour le traitement des troubles cérébrovasculaires, des conseils nutritionnels et conseils aux diabétiques pour les patient-e-s présentant des troubles endocriniens, le respect des critères du SMOB où la certification en tant que centre de chirurgie bariatrique primaire ou de référence est requis pour le traitement des patient-e-s de chirurgie bariatriques, une accréditation-JACIE pour la transplantation autologue de cellules souches du sang, une conférence interdisciplinaire d'indication pour toutes et tous les patient-e-s de la chirurgie vasculaire et de l'angiologie, etc. L'ensemble des autres exigences se trouve en annexe 1.



3.2.8. Médecine hautement spécialisée

Certains groupes de prestations font désormais partie de la médecine hautement spécialisée (MHS) et relèvent de la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS). Ils sont identifiés par la mention "CIMHS". Toute décision relevant de la CIMHS prime par rapport à la liste hospitalière fribourgeoise. Lors des révisions, la planification hospitalière cantonale sera adaptée en fonction. La convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) prévoit en effet qu'« à partir du moment où la désignation d'un domaine de la médecine hautement spécialisée et son attribution par l'organe de décision MHS aux centres chargés de la réalisation de la prestation concernée sont effectives, les admissions divergentes sur les listes hospitalières cantonales des hôpitaux sont annulées dans une mesure correspondante. »

3.2.9 Exigences pour les groupes de prestations transversales

Plusieurs prestations médicales ne peuvent pas être définies selon l'organe affecté parce qu'elles sont transverses à toutes les prestations. Pour ces prestations existent le paquet de base, le paquet de base programmé, la pédiatrie, la chirurgie pédiatrique et la médecine gériatrique aigüe. Les exigences spécifiques à ces groupes de prestations transversales sont présentées par la suite.

3.2.9.1 Exigences pour les paquets de base

Pour qu'un hôpital fonctionne parfaitement, il est absolument nécessaire que les soins de base soient assurés 24 heures sur 24 et 365 jours par an. La méthodologie retenue définit deux paquets qui constituent la base de tous les autres groupes de prestations : le paquet de base (PB) et le paquet de base programmé (PBP). Le PB représente la base et est obligatoire pour tous les hôpitaux comportant un service des urgences, tandis que le PBP forme la base pour les fournisseurs de prestations qui travaillent avant tout de manière programmée et ne disposent pas d'un service des urgences.

Le *paquet de base* (PB) comprend toutes les prestations relevant des soins de base dans tous les domaines de prestations. En règle générale, elles sont fournies au quotidien par les spécialistes en médecine interne et en chirurgie, sans recours à d'autres spécialistes.

Le PB constitue la base et une obligation pour tous les hôpitaux comportant un service des urgences. Il représente également une condition sine qua non pour tous les groupes de prestations comportant un fort pourcentage de patient-e-s admis-e-s en urgence. Comme ces derniers arrivent souvent à l'hôpital avec des troubles non encore définis, il ne suffit pas qu'il y ait un service des urgences adéquat, il faut aussi une offre étendue en soins de base. C'est le seul moyen de garantir que ces patient-e-s bénéficieront d'un diagnostic complet et, le cas échéant, qu'ils recevront immédiatement un premier traitement. Les services indispensables dans un hôpital sont la médecine interne et la chirurgie. Les hôpitaux qui souhaitent offrir le paquet de base doivent aussi satisfaire aux exigences suivantes:

- > Service de médecine dirigé par un spécialiste de médecine interne
- > Service chirurgical dirigé par un chirurgien
- > Anesthésie
- > Service des urgences de niveau 1
- > Unité de soins intensifs de niveau 1



- > Laboratoire 365 jours/an, 24h/24
- > Radiologie 365 jours/an, 24h/24 ; Scanner en 30 minutes par un ou une médecin-assistant-e en radiologie (minimum 2 années d'expérience comme assistant en radiologie) ou, en cas de nécessité médicale, par le spécialiste
- > Infectiologie et soins psychiatriques en coopération
- > Soins palliatifs de base

A noter que les soins palliatifs de base exigent des professionnels (personnel médical et soignant) qu'ils puissent répondre aux besoins courants en matière d'antalgie et autres symptômes de maladies évolutives, pour des patient-e-s relativement stables. La couverture en soins palliatifs de base peut être faite par des équipes internes de l'hôpital, composées de médecins et d'infirmières ayant reçu une formation appropriée. Les médecins cadres disposent d'un diplôme FMH en médecine interne avec une formation complémentaire en soins palliatifs et au moins 50% du personnel infirmier diplômé doit avoir au moins deux années d'expérience post-diplôme et des connaissances spécialisées dans le domaine des soins palliatifs. Des mesures de prévention et de réadaptation doivent être mises en place. Des prestations doivent être fournies au niveau du traitement contre la douleur, de la physiothérapie et d'un soutien psychosocial. Les membres de la famille, le ou la médecin de famille, ainsi que les soins à domicile doivent être informés du suivi de la prise en charge. Dans les hôpitaux, une chambre pour une personne doit être à disposition pour les patient-e-s en fin de vie et leurs proches.

Le *paquet de base programmé* (PBP) fait partie du PB et comprend uniquement les prestations relevant des soins de base dans les «domaines de prestations programmées», c'est-à-dire ceux pour lesquels l'hôpital dispose d'un mandat de prestations. Par exemple, si un fournisseur a un mandat pour les groupes de prestations urologiques, le PBP comprend toutes les prestations de base urologiques. Il constitue la base pour tous les fournisseurs sans service des urgences. Les hôpitaux avec PBP ne peuvent offrir que des groupes de prestations comprenant principalement des interventions programmées dans les domaines suivants : ophtalmologie, ORL, appareil locomoteur, gynécologie et urologie. Une condition importante est la disponibilité d'un ou d'une médecin 24h/24 (par exemple interniste, anesthésiste, etc.). Les hôpitaux qui souhaitent offrir le paquet de base programmé doivent satisfaire aux exigences suivantes :

- > Suivi médical 24h sur 24 sur place
- > Laboratoire de 7h à 17h
- > Transfert des urgences survenant à l'interne d'un hôpital vers un hôpital avec des soins médicaux complets assurés
- > Infectiologie en coopération

3.2.9.2 Exigences pour la pédiatrie et la chirurgie pédiatrique

Pour la prise en charge hospitalière des enfants et adolescents, des mandats de prestations spécifiques en pédiatrie et chirurgie pédiatrique sont attribués. Les traitements sont prodigués, en principe, dans une clinique pédiatrique.

Une clinique pédiatrique est une institution ou une unité dans un hôpital où les enfants et les jeunes jusqu'à 16 ans sont pris en charge en ambulatoire, en clinique de jour ou en résidentiel.



Une clinique pédiatrique garantit que tous les traitements aux enfants et aux adolescents sont effectués par un personnel qualifié pour les enfants et les adolescents. Des unités de soins distinctes de celles des adultes offrent des traitements pour les enfants et les adolescents.

Plus spécifiquement, une clinique pédiatrique doit être organisée de la manière suivante :

- > Service médical avec médecins spécialistes en pédiatrie, respectivement en chirurgie pédiatrique
- > Personnel soignant ayant une formation spécialisée en soins pédiatriques
- > Lits et infrastructure adaptés aux besoins des enfants
- > Possibilités d'hébergement pour les parents/proches
- > Ecole en milieu hospitalier pour un enseignement en fonction de l'âge de l'enfant à partir du septième jour d'hospitalisation.

Pour le groupe de prestations **pédiatrie**, les patient-e-s pédiatriques hospitalisés de moins de 16 ans doivent en principe être traité-e-s dans un service pédiatrique. La pédiatrie est dirigée par un ou une médecin FMH spécialiste en pédiatrie.

En ce qui concerne la **chirurgie pédiatrique**, en cas de séjour stationnaire, les patient-e-s de moins de 16 ans doivent, en principe, être pris-es en charge dans un service pédiatrique. La chirurgie pédiatrique est dirigée par un spécialiste en chirurgie pédiatrique et une anesthésie pédiatrique doit¹¹ être garantie pour les enfants de moins de 6 ans.

Les interventions chirurgicales complexes peuvent être réalisées par la clinique pédiatrique en collaboration avec un hôpital pour adultes. La condition préalable est que les conditions de base anesthésiologiques soient remplies et qu'une prise en charge adaptée aux enfants soit garantie.

Les **prestations chirurgicales simples** chez l'enfant avec un bon état de santé en général peuvent être fournies dans des hôpitaux de la médecine de l'adulte. Les prestations chirurgicales en question comme p. ex. l'appendicite sans complication, les fractures simples et l'hyperplasie des amygdales sont réunies dans une liste CHOP exhaustive¹². Pour un mandat de prestations dans la chirurgie pédiatrique de base, une anesthésie pédiatrique doit être garantie pour les enfants de moins de 6 ans et l'établissement doit disposer d'un mandat de prestations en médecine de l'adulte pour les traitements correspondants.

3.2.9.3 Exigences pour la médecine gériatrique aiguë

Le diagnostic et le traitement des patient-e-s gériatriques font fondamentalement partie des soins de base de tous les hôpitaux de soins aigus. Seul-e-s les patient-e-s pour qui un traitement gériatrique spécifique est indiqué doivent être pris-es en charge médicalement dans un centre de compétence en gériatrie aiguë.

Dans un centre de compétence en gériatrie aiguë sont particulièrement pris en compte le diagnostic et le traitement des personnes âgées malades et présentant le plus souvent une

¹¹ Une anesthésie chez l'enfant de moins de 6 ans doit en principe être réalisée par une équipe de spécialistes expérimentés en anesthésie pédiatrique (y c. infrastructure correspondante) (voir standards et recommandations de la SSAR / SGAR 2004). En cas de complications postopératoires l'anesthésie pédiatrique doit être disponible en 30 minutes durant 24 heures.

¹² Cette liste est accessible sur la page d'accueil de la planification hospitalière de la Direction de la santé du canton de Zurich: <http://www.gd.zh.ch/leistungsgruppen>



polymorbidité qui nécessite une hospitalisation en soins aigus, avec l'objectif de la réintégration dans l'environnement social personnel. Selon la définition choisie dans le cadre de l'évaluation des besoins, cette patientèle est composée de personnes de 75 ans et plus, polymorbides et dont la durée de séjour est de plus de 7 jours.

Pour pouvoir prétendre à un mandat de prestation en médecine gériatrique aigüe, un établissement doit remplir les exigences minimales suivantes:

- > Traitement par une équipe gériatrique dirigée par un ou une médecin spécialiste en gériatrie (spécialisation ou formation postgrade exigée dans le domaine "Gériatrie clinique") ;
- > Examen gériatrique standardisé dans quatre domaines au moins (mobilité, autonomie, cognition et émotion) au début du traitement et dans deux domaines au moins avant la sortie (autonomie, mobilité) ;
- > Evaluation sociale du statut actuel dans au moins cinq domaines (environnement social, habitat, activités domestiques/extradomestiques, besoin de produits de soins/de moyens d'aide, décisions juridiques) ;
- > Chaque semaine, discussion en équipe des résultats déjà atteints et des futurs objectifs du traitement sur la base de la documentation hebdomadaire, avec participation de tous les groupes professionnels ;
- > Soins thérapeutiques et mobilisateurs dispensés par un personnel soignant spécialement formé ;
- > Application coordonnée par équipes d'au moins deux des quatre domaines thérapeutiques suivants: physiothérapie/médecine physique, ergothérapie, logopédie/traitement orofacial, psychologie/neuropsychologie.
- > Un diagnostic ou un traitement simultané en soins aigus (continu ou intermittent) doit faire l'objet d'un codage séparé.

4. Procédure de l'appel d'offres

L'attribution des mandats de prestations n'est pas soumise à la législation sur les marchés publics; cette obligation a été écartée par le législateur. Il a néanmoins été décidé de mettre en place une procédure analogue, axée sur la transparence, l'égalité de traitement et la concurrence. Ainsi les exigences à remplir par les établissements afin de figurer sur la liste hospitalière fribourgeoise ont été énumérées dans des fichiers d'offres, spécifiques selon les domaines de prestations (soins somatiques aigus, soins palliatifs spécialisés, réadaptation, psychiatrie) mais identiques pour tous les prestataires.

Entre le 13 juin et le 31 août 2014, les établissements ont pu postuler pour une ou plusieurs prestations de leur choix. Cet appel d'offres a été annoncé dans la Feuille officielle et sur le site Internet du Service de la santé publique. Les établissements hospitaliers intra- et extracantonaux, publics et privés ont donc eu la possibilité de répondre à l'appel d'offres et de soumissionner pour le ou les groupes de prestations de leur choix.

Les établissements figurant sur la liste des hôpitaux 2012 ont été informés directement du lancement de l'appel d'offres.



4.1 Evaluation des offres

Le Service de la santé publique a reçu 10 postulations de la part des établissements souhaitant offrir des prestations de soins somatiques aigus à partir de 2015. Il s'agit des établissements suivants :

- > Hôpital fribourgeois (HFR)
- > Hôpital Daler
- > Clinique générale
- > Hôpital intercantonal de la Broye (HIB)
- > Le Petit Prince (Maison de naissance)
- > Hôpital neuchâtelois (HNE)
- > Klinik Bethesda Tschugg
- > Hôpital universitaire de Berne (Inselspital)
- > Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
- > Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

On constate que huit postulations proviennent d'établissements déjà sur la liste hospitalière fribourgeoise 2012 pour des prestations de soins somatiques aigus. La Klinik Bethesda Tschugg y est déjà pour des prestations en réadaptation, alors que l'HNE n'a jamais figuré sur une liste fribourgeoise. Une vue globale des postulations se trouve en annexe 3.

4.1.1 Respect des exigences générales

Tous les dossiers de postulation ont été analysés quant à leur exhaustivité. Pour la plupart des offres, des compléments d'information ont dû être demandés.

Fait partie des exigences générales l'obligation d'admission selon article 41a LAMal qui oblige tous les hôpitaux figurant sur la liste à prendre en charge toutes les personnes domiciliées dans le canton. Tous les établissements qui ont postulé ont confirmé vouloir prendre en charge toutes et tous les patient-e-s, indépendamment de leur statut d'assurance.

Tous les établissements ont également confirmé vouloir respecter les dispositions en matière de financement conformément à la Loi du 4 novembre 2011 concernant le financement des hôpitaux et des maisons de naissance.

4.1.1.1 Exigences en matière de qualité

La vérification des exigences en matière de qualité a montré que les établissements qui ont postulé remplissent déjà largement ces exigences.

Tous les établissements ont adhéré au contrat qualité national. La remise des indicateurs et leur analyse est prévue dans le cadre des mandats de prestations annuels confiés aux établissements. A l'avenir, l'atteinte de la valeur cible pourrait être exigée.

L'HFR et le Petit Prince doivent encore rédiger un concept d'assurance qualité englobant toutes les démarches déjà mises en place en matière de qualité. Ces établissements finaliseront ces documents dans un délai de 6 mois après l'entrée en vigueur de la planification. L'HIB, la Clinique générale ainsi que l'Hôpital Daler rédigeront leur premier rapport de qualité selon le



modèle H+ pour la première fois en 2016, pour l'année 2015. Les autres établissements remplissent déjà cette exigence en matière de qualité.

4.1.1.2 Exigences en matière d'économicité

Selon les nouveaux critères de planification, le canton doit évaluer l'efficacité des prestataires de soins. Une évaluation des exigences - en termes de transmission de documents comptables, de maîtrise des coûts, etc. - a été réalisée en trois étapes avec l'appréciation des documents transmis par les établissements, l'analyse des coûts par cas et finalement la comparaison de l'évolution des coûts par cas sur plusieurs années.

Selon la LAMal, les cantons doivent analyser l'économicité des prestations des hôpitaux dans le cadre de la procédure d'approbation tarifaire. Pour les hôpitaux hors canton qui ont répondu à l'appel d'offres, le canton de Fribourg s'est basé sur les travaux d'analyse de l'économicité effectués par les cantons d'implantation de ces établissements dans le cadre des procédures d'approbation tarifaire. Ainsi, le canton de Fribourg a jugé économique l'hôpital dont le tarif a été approuvé par son canton d'implantation.. C'est le cas notamment de l'hôpital neuchâtelois. En ce qui concerne les hôpitaux universitaires, des procédures d'approbation ou de fixation tarifaires concernant les tarifs entre certains assureurs et ces établissements sont encore en cours. Pourtant, tant pour le CHUV que pour l'Inselspital, les cantons d'implantation respectifs ont confirmé leur économicité. Pour ce qui concerne les HUG, les procédures d'approbation des baserates négociés depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier sont en cours et le canton ne s'est pas définitivement prononcé sur l'économicité du baserate. Toutefois, pour les besoins de la planification, le canton de Fribourg estime, sur la base des informations à disposition, que les HUG ne peuvent pas être jugés non-économiques, ses tarifs se situant entre ceux de l'Inselspital et du CHUV, tous deux jugés économiques par leurs cantons d'implantation respectifs.

Appréciation des documents transmis

Dans le cadre de l'appel d'offres, les postulants ont dû démontrer le respect des exigences relatives à l'économicité premièrement par la transmission de documents détaillés, notamment une comptabilité, des rapports, des budgets d'investissements. (cf. chapitre exigences en matière d'économicité).

Chaque document transmis a été soigneusement examiné, évalué et comparé aux autres établissements. L'exigence est considérée comme remplie lorsque les principaux éléments demandés apparaissent dans le document. Si certaines exigences ne sont pas remplies, cela ne signifie pas forcément un non-respect de l'ensemble des exigences en matière d'économicité.

Les résultats relatifs à l'appréciation des documents transmis se trouvent dans le tableau ci-dessous. Les cases vert foncé indiquent quelle exigence est remplie par l'établissement. Les cases vert clair indiquent quelle exigence est partiellement remplie.



Tableau 5 : Evaluation par établissement fribourgeois des documents transmis pour les exigences économicité

	HFR	HIB	Clinique générale	Hôpital Daler	Le Petit Prince
L'hôpital fournit des garanties suffisantes en termes de pérennité et de solvabilité					
L'hôpital respecte les principes comptables reconnus par le canton.					
L'hôpital fournit annuellement sa situation financière au SSP.					
L'hôpital démontre annuellement l'économicité de ses prestations.					
L'hôpital fournit annuellement le budget d'investissements.					
L'hôpital fournit une bonne qualité de codage et facture dans un délai permettant de garantir un fonds de roulement.					
L'hôpital transmet l'évolution de ses coûts de prestations LAMal sur les 5 dernières années et les prévisions pour les 5 prochaines années.					
L'hôpital respecte les dispositions de la législation sur les marchés publics pour l'adjudication de fournitures, de services et de constructions.					
Respect des exigences d'économicité					

Certains documents n'ont pas pu être fournis au SSP (Service de la santé publique) dans le délai du dépôt des offres.

Le rapport définitif de codage 2013 de l'HFR sera transmis au SSP d'ici le début 2015.

Il en va de même du rapport de codage 2013 du HIB.

Selon l'organe de révision, le codage par la Clinique Générale ainsi que la documentation y relatif doivent être améliorés.

L'Hôpital Daler a transmis tous les documents permettant de juger de l'économicité.

Etant donné la taille de l'établissement, la maison de naissance le Petit Prince ne procédera à une révision du codage que pour une période regroupant plusieurs années (voire 3 à 4 ans).

Concernant la liste des investissements 2015 supérieurs à Fr. 250'000 certains établissements n'ont pas pu transmettre le document dans le délai du dépôt des offres, car il devait encore être validés par le Conseil d'administration.

Au final, les hôpitaux ont transmis ou vont transmettre la presque totalité des documents demandés. Aucun élément analysé ne permet de conclure à une fourniture non-économique des prestations.



Comparaison des coûts par cas

Ce sont avant tout les données relatives aux coûts qui permettent de juger de l'économicité d'un prestataire de soins. Une comparaison des coûts par cas pondéré est appropriée étant donné que les différences dues au type de patientèle (cas lourds, cas légers etc.) sont prises en considération. Avec l'introduction des SwissDRG, chaque séjour hospitalier est classé dans un groupe de pathologie et indemnisé de manière forfaitaire sur la base de critères définis, comme le diagnostic principal, les diagnostics supplémentaires, les traitements et le degré de sévérité. Ce système de financement favorise la rationalisation des investissements, une meilleure maîtrise des coûts et permet des comparaisons équitables entre hôpitaux.

Comme base pour la comparaison des coûts, la transmission d'une comptabilité analytique 2013 (modèle ITAR-K ou autre modèle reconnu) a été exigée par le canton.

La méthode de comparaison des coûts choisie par le canton s'est basée en majeure partie sur les recommandations de la CDS sur l'examen de l'économicité. Afin d'assurer une comparabilité optimale, les coûts non imputables pour les prestations stationnaires LAMal doivent être déduits. En outre, les coûts, qui sont indemnisés séparément ou qui amèneraient des biais dans les comparaisons (par exemple pour ne pas péjorer un établissement qui formerait plus qu'un autre), ne sont pas pris en compte. Ont ainsi été déduits du total des coûts d'exploitation de l'hôpital les coûts suivants :

- > les coûts d'utilisation des immobilisations ;
- > les coûts des prestations à des tiers et des prestations ambulatoires ;
- > les coûts des rémunérations supplémentaires (dialyses, facteurs coagulants, etc.),
- > les coûts des urgences ;
- > les coûts de l'enseignement universitaire et de la recherche ;
- > les honoraires des médecins en division semi-privée et privée (assurance complémentaire) ;
- > les coûts relatifs à la division semi-privée et privée (assurance complémentaire).

Les coûts restants, soit ceux reconnus pour la planification, ont été divisés par le Case Mix (qui tient compte du degré de sévérité total d'un hôpital) pour ainsi obtenir un coût par cas pondéré. Cette procédure a été appliquée à chaque hôpital fribourgeois.

A titre de référence pour déterminer si un hôpital travaille de manière économique, la moyenne des coûts 2013 par cas pondérés de tous les hôpitaux évalués a été retenue. Toutefois, la différence entre le coût par cas pondéré de chaque hôpital et le coût moyen n'est pas nécessairement due à une mauvaise économicité de l'hôpital. Elle peut également s'expliquer par des différences dans la délimitation des coûts, des caractéristiques propres à l'hôpital, des charges à payer supplémentaires ou une hétérogénéité dans le type de patientèle. Dans la structure SwissDRG, le fait que certains hôpitaux possèdent l'équipement médico-technique nécessaire ainsi que le personnel disponible 7 jours sur 7, 24h sur 24 pour des interventions n'est pas complètement répercuté sur l'indice de Case Mix (soit le Case Mix divisé par le nombre de cas qui correspond au degré de sévérité moyen de l'hôpital) et fait ressortir, de manière justifiée, des coûts différents entre établissements hospitaliers. Pour ces raisons, un hôpital est considéré comme non économique lorsque son coût par cas pondéré est significativement au-dessus du coût moyen de l'ensemble des hôpitaux évalués, soit une marge de sécurité de 15% (à l'instar de ce qu'a fait le canton de Zurich).



Le HIB, la Clinique Générale et l'Hôpital Daler se situent en dessous de la moyenne. L'HFR présente quant à lui des coûts supérieurs à la moyenne, mais se situe en-dessous de la limite de 15%. A noter que, compte tenu du nombre de cas très bas et de sa structure très petite par rapport aux autres établissements somatiques aigus, la maison de naissance Le petit Prince n'entre pas dans cette comparaison.

Les comparaisons entre les établissements ne permettent pas de juger qu'un des postulants offrirait des prestations non économiques si on tient compte d'une marge de 15% par rapport à la moyenne des coûts par cas.

Comparaison de l'évolution des coûts par cas en moyenne par année

Un autre indicateur, que le canton a choisi pour évaluer le caractère économique des prestations fournies par un hôpital, est l'évolution des coûts par cas. A cet effet, les postulants ont dû transmettre l'évolution de leurs coûts (coûts par cas LAMal) sur les cinq dernières années et les prévisions pour les cinq prochaines années, soit depuis 2009 jusqu'en 2018.

La comparabilité des coûts pour la période 2009 à 2011 et pour la période 2012 à 2018 n'étant pas garantie pour un même établissement et entre établissements, les cliniques privées fribourgeoises ne recevant pas de mandat avant 2012, il est renoncé à commenter les chiffres avant 2012.

Avec l'introduction du nouveau financement hospitalier et plus précisément de la même structure tarifaire SwissDRG pour tous les hôpitaux de Suisse, la comparaison d'une année à l'autre pour un même établissement ou entre établissements revêt davantage de pertinence. Ce qui intéresse le planificateur est donc l'évolution des coûts futurs. Ainsi, tous les établissements hospitaliers fribourgeois, mis à part l'Hôpital Daler, prévoient une stabilité de leur coût par cas voire une baisse pour les années à venir. Malgré la légère hausse annuelle du coût par cas de 0.4951%, prévue entre 2013 et 2018, l'Hôpital Daler restera l'établissement le moins cher du canton.

4.1.2 Respect des exigences spécifiques

Sont présentés ci-après sous forme de tableau pour les cinq hôpitaux non universitaires les groupes de prestations pour lesquels ceux-ci ont postulé et les groupes pour lesquels ils respectent ou non les exigences fixées, avec l'explication des critères que l'établissement ne respecte pas. Pendant la phase d'analyse des offres, des explications supplémentaires ont été demandées à certains établissements. Dans ce cadre, certaines postulations pour de groupes de prestations précises ont été retirées. Ceci explique les différences qui peuvent exister entre les tableaux suivants et la vue globale des postulations pour les soins aigus en annexe 3.

*Hôpital fribourgeois (HFR)*

Tableau 6 : Postulations de l'HFR avec exigences remplies ou non et explications

	Postulations	Exigences remplies	Exigences non remplies	Explications
Dermatologie	DER1; DER1.1; DER1.2; DER2	DER1; DER1.2; DER2	DER1.1	Nombre minimum de cas non atteint.
ORL	HNO1; HNO1.1; HNO1.1.1; HNO1.2; HNO1.2.1; HNO1.3; HNO2; KIE1	HNO1; HNO1.1; HNO1.1.1; HNO1.2; HNO1.2.1; HNO1.3; HNO2; KIE1	-	
Neurochirurgie	NCH1; NCH1.1; NCH2; NCH3	NCH1; NCH1.1; NCH2; NCH3	-	
Neurologie	NEU1; NEU2; NEU2.1; NEU3; NEU4; NEU4.1	NEU1; NEU2; NEU2.1; NEU3; NEU4; NEU4.1	-	
Ophtalmologie	AUG1; AUG1.1; AUG1.2; AUG1.3; AUG1.4; AUG1.5	AUG1; AUG1.1; AUG1.2; AUG1.3; AUG1.4; AUG1.5	-	
Endocrinologie	END1	END1	-	
Gastroentérologie	GAE1; GAE1.1	GAE1; GAE1.1	-	
Chirurgie viscérale	VIS1; VIS1.1; VIS1.3; VIS1.4; VIS1.4.1; VIS1.5	VIS1; VIS1.4; VIS1.4.1; VIS1.5	VIS1.1; VIS1.3	Nombre minimum de cas non atteint.
Hématologie	HAE1; HAE1.1; HAE2; HAE3	HAE1; HAE2; HAE3	HAE1.1	Nombre minimum de cas non atteint.
Vaisseaux	GEF1; ANG1; GEF2; ANG2; GEF3; ANG3; RAD1	GEF1; ANG1; RAD1	GEF2; ANG2; GEF3; ANG3	Absence d'une convention de coopération pour HER1.1
Cœur	HER1; HER1.1; HER1.1.1; HER1.1.3; HER1.1.4; HER1.1.5; KAR1; KAR1.1; KAR1.1.1; KAR1.2; KAR1.3	KAR1	HER1; HER1.1; HER1.1.1; HER1.1.3; HER1.1.4; HER1.1.5 KAR1.1; KAR1.2; KAR1.3; KAR1.1.1	Absence de spécialiste pour toute la chirurgie cardiaque. Absence d'une convention de coopération pour HER1.1 Absence de la prestation KAR1.1
Néphrologie	NEP1	NEP1	-	
Urologie	URO1; URO1.1; URO1.1.1; URO1.1.2; URO1.1.3; URO1.1.4; URO1.1.5; URO1.1.6; URO1.1.7; URO1.1.8	URO1; URO1.1; URO1.1.4; URO1.1.5; URO1.1.6; URO1.1.7; URO1.1.8	URO1.1.1; URO1.1.2; URO1.1.3	Nombre minimum de cas non atteint
Pneumologie	PNE1; PNE1.1; PNE1.3; PNE2	PNE1; PNE1.1; PNE1.3	PNE2	Absence accréditation SSRMSC (centre du sommeil)
Chirurgie thoracique	THO1; THO1.1; THO1.2	THO1; THO1.1; THO1.2	-	
Orthopédie	BEW1; BEW2; BEW3; BEW4; BEW5; BEW6; BEW7; BEW8; BEW8.1	BEW1; BEW2; BEW3; BEW4; BEW5; BEW6; BEW7; BEW8; BEW8.1	-	
Rhumatologie	RHE1; RHE2	RHE1; RHE2	-	
Gynécologie	GYN1; GYN1.1; GYN1.2; GYN1.3; GYN1.4; GYN2; PLC1	GYN1; GYN1.1; GYN1.2; GYN1.3; GYN1.4; GYN2; PLC1	-	
Obstétrique	GEB1; GEB1.1	GEB1; GEB1.1	-	
Nouveau-nés	NEO1; NEO1.1	NEO1; NEO1.1	-	
(Radio-)oncologie	ONK1; RAO1; NUK1	ONK1; RAO1; NUK1	-	
Traumatismes graves	UNF1; UNF1.1	UNF1; UNF1.1	-	
Domaines pluridisciplinaires	KINM; KINC; KINB; GER	KINM; KINC; KINB; GER	-	



Hôpital Daler

Tableau 7 : Postulations de l'hôpital Daler avec exigences remplies ou non et explications

	Postulations	Exigences remplies	Exigences non remplies	Explications
Dermatologie	DER1; DER1.1	DER1	DER1.1	Nombre minimum de cas non atteint.
ORL	HNO1; HNO1.1; HNO1.2; HNO2; KIE1	HNO1; HNO1.1; HNO1.2; KIE1	HNO2	Absence d'une convention de coopération pour NUK1.
Endocrinologie	END1	END1	-	
Gastroentérologie	GAE1; GAE1.1	GAE1	GAE1.1	Absence des SI de niv. II.
Chirurgie viscérale	VIS1; VIS1.4; VIS1.4.1; VIS1.5	VIS1; VIS1.4	VIS1.4.1; VIS1.5	Absence des SI de niv. II. Mandat provisoire de la CIMHS.
Vaisseaux	ANG1; RAD1	RAD1	ANG1	Absence d'une convention de coopération pour GEF1.
Urologie	URO1; URO1.1; URO1.1.1; URO1.1.2; URO1.1.3; URO1.1.4; URO1.1.5; URO1.1.6; URO1.1.7; URO1.1.8	URO1; URO1.1; URO1.1.1; URO1.1.5; URO1.1.6; URO1.1.7; URO1.1.8	URO1.1.2; URO1.1.3; URO1.1.4	Nombre minimum de cas non atteint. Absence des SI de niv. II.
Orthopédie	BEW1; BEW3; BEW5	BEW1; BEW3; BEW5	-	
Gynécologie	GYN1; GYN1.1; GYN1.2; GYN1.3; GYN1.4; GYN2	GYN1; GYN1.3; GYN2	GYN1.1; GYN1.2; GYN1.4	Absence des SI de niv. II. Peu de cas
Obstétrique	GEB1	GEB1	-	
Nouveau-nés	NEO1	NEO1	-	
(Radio-)oncologie	ONK1		ONK1	Absence d'une convention de coopération pour RAO1.
Domaines pluridisciplinaires	KINB	KINB		

Clinique générale

Tableau 8 : Postulations de la Clinique générale avec exigences remplies ou non et explications

	Postulations	Exigences remplies	Exigences non remplies	Explications
Dermatologie	DER2	DER2	-	
ORL	HNO1; HNO1.1; HNO1.2; HNO1.3;	HNO1; HNO1.1; HNO1.2; HNO1.3;	-	
Neurochirurgie	NCH2; NCH3	NCH2; NCH3	-	
Gastroentérologie	GAE1	-	GAE1	Absence du paquet de bae (PB). Absence service des urgences de niv. II Absence d'un TUB
Chirurgie viscérale	VIS1		VIS1	Absence du paquet de base (PB). Absence service des urgences de niv. II Absence d'un TUB
Vaisseaux	GEF1; ANG1; RAD1	-	GEF1; ANG1; RAD1	Absence du paquet de bae (PB). Absence service des urgences de niv. II
Urologie	URO1	-	URO1	Absence d'un TUB
Orthopédie	BEW1; BEW2; BEW3; BEW4; BEW5; BEW6; BEW7; BEW8; BEW8.1; BEW10	BEW1; BEW2; BEW3; BEW4; BEW5; BEW6; BEW7; BEW8	BEW8.1; BEW10	Nombre minimum de cas non atteint. Absence de monitoring préparatoire des nerfs.
Rhumatologie	RHE1	RHE1	-	
Gynécologie	GYN1; GYN1.3; GYN2	GYN1; GYN1.3; GYN2	-	
Domaines pluridisciplinaires	KINB	KINB		



Hôpital intercantonal de la Broye (HIB)

Tableau 9 : Postulations de l'HIB avec exigences remplies ou non et explications

	Postulations	Exigences remplies	Exigences non remplies	Explications
Dermatologie	DER1; DER2	DER1; DER2	-	
ORL	HNO1; HNO1.1; HNO1.2; HNO2	HNO1; HNO1.1; HNO1.2; HNO2;	-	
Neurologie	NEU1; NEU2; NEU3;	NEU1; NEU2; NEU3;		
Endocrinologie	END1	END1	-	
Gastroentérologie	GAE1; GAE1.1	GAE1; GAE1.1	-	
Chirurgie viscérale	VIS1; VIS1.4;	VIS1; VIS1.4;	-	
Hématologie	HAE2; HAE3	HAE2; HAE3	-	
Vaisseaux	RAD1	RAD1	-	
Cœur	KAR1; KAR1.3	KAR1;	KAR1.3	Absence d'une convention de coopération pour HER1.1
Néphrologie	NEP1	NEP1	-	
Urologie	URO1; URO1.1; URO1.1.1; URO1.1.2; URO1.1.3; URO1.1.5; URO1.1.7;	URO1; URO1.1; URO1.1.5; URO1.1.7;	URO1.1.1; URO1.1.2; URO1.1.3	Nombre minimum de cas non atteint.
Pneumologie	PNE1; PNE1.1	PNE1; PNE1.1	-	
Chirurgie thoracique	THO1	-	THO1	Absence du spécialiste en chirurgie, yc. Formation approfondie en chirurgie thoracique.
Orthopédie	BEW1; BEW2; BEW3; BEW4; BEW5; BEW6; BEW7	BEW1; BEW2; BEW4; BEW5; BEW6; BEW7	BEW3	Absence d'un chirurgien de la main.
Rhumatologie	RHE1	-	RHE1	Absence d'une convention de coopération pour BEW8.
Gynécologie	GYN1; GYN1.3; GYN1.4; GYN2	GYN1; GYN1.3; GYN1.4; GYN2	-	
Obstétrique	GEBH; GEB1	GEBH; GEB1	-	
Nouveau-nés	NEO1	NEO1	-	
(Radio-)oncologie	ONK1		ONK1	Absence d'une convention de coopération pour RAO1.
Traumatismes graves	UNF1	UNF1	-	
Domaines pluridisciplinaires	KINM; KINC; KINB; GER	KINM; KINC; KINB	GER	Absence médecin gériatre

*Hôpital neuchâtelois (HNE)*

Tableau 10 : Postulations de l'hôpital neuchâtelois avec exigences remplies ou non et explications

	Postulations	Exigences remplies	Exigences non remplies	Explications
Dermatologie	DER2	DER2	-	
ORL	HNO1; HNO1.1; HNO1.2; HNO1.3; HNO2	HNO1; HNO1.1; HNO1.2; HNO1.3; HNO2	-	
Neurochirurgie	NCH2; NCH3	NCH2; NCH3	-	
Neurologie	NEU1; NEU3	NEU1; NEU3	-	
Endocrinologie	END1	END1	-	
Gastroentérologie	GAE1; GAE1.1	GAE1; GAE1.1	-	
Chirurgie viscérale	VIS1; VIS1.4; VIS1.5	VIS1; VIS1.4; VIS1.5	-	
Hématologie	HAE3	HAE3	-	
Vaisseaux	GEF1; GEF2; GEF3; RAD1	GEF3; RAD1	GEF1; GEF2	Absence d'une convention de coopération pour ANG1 resp. ANG2
Cœur	KAR1; KAR1.3	KAR1; KAR1.3	-	
Néphrologie	NEP1	NEP1	-	
Urologie	URO1; URO1.1; URO1.1.1; URO1.1.3; URO1.1.5	URO1; URO1.1; URO1.1.1; URO1.1.3; URO1.1.5	-	
Pneumologie	PNE1; PNE1.1; PNE1.3	PNE1; PNE1.1; PNE1.3	-	
Chirurgie thoracique	THO1	THO1	-	
Orthopédie	BEW1; BEW2; BEW4; BEW5; BEW6; BEW7	BEW1; BEW2; BEW4; BEW5; BEW6; BEW7	-	
Gynécologie	GYN1; GYN1.1; GYN1.2; GYN1.3; GYN1.4; GYN2	GYN1; GYN1.1; GYN1.2; GYN1.3; GYN1.4; GYN2	-	
Obstétrique	GEB1; GEB1.1; GEB1.1.1	GEB1; GEB1.1	GEB1.1.1	Absence de lien avec NEO1.1.1
Nouveau-nés	NEO1; NEO1.1	NEO1; NEO1.1		
Domaines pluridisciplinaires	KINM; KINB	KINM; KINB		

En outre, Le *Petit Prince* a postulé pour le groupe de prestation GEBH (maison de naissance (à partir de la 37^e semaine)). Pour obtenir ce mandat, il doit disposer d'une convention de coopération avec un établissement qui offre la GEB1 et la NEO1, ou, à défaut, qui offre des soins de base en obstétrique à partir de la 34^e semaine et des soins de base aux nouveau-nés avec un âge gestationnel de 34 semaines. Pour le moment, la maison de naissance ne dispose pas d'une telle convention.

La *Klinik Bethesda à Tschugg* dispose depuis peu d'un mandat de prestations en soins somatiques aigus attribué par le canton de Berne pour les groupes de prestation NEU4 et NEU 4.1 (Epileptologie : diagnostic et traitement complexe). La clinique remplit les exigences spécifiques pour ces groupes de prestations.

Les *hôpitaux universitaires de Berne, Lausanne et Genève* ont pu soumettre leurs offres sous une forme allégée, les mandats de prestations de ces établissements et le respect des différentes exigences spécifiques étant déjà contrôlés par le canton où ils se situent. Un aperçu des groupes de prestations pour lesquels postulent l'Hôpital universitaire de Berne



(Inselspital), le Centre hospitalier universitaire vaudois et les Hôpitaux Universitaires de Genève se trouve en annexe 3.

4.2 Attribution des prestations et projet de liste hospitalière

La procédure d'attribution des groupes de prestations aux différents établissements peut être décrite comme il suit :

- > En principe, les établissements doivent respecter les exigences spécifiques par groupe de prestations. S'écarter de cette règle est possible, dans ce cas une explication est fournie dans les paragraphes suivants.
- > Les hôpitaux non universitaires reçoivent les prestations en priorité (principe de subsidiarité).
- > La liste hospitalière devant couvrir les besoins de la population fribourgeoise, déduction faite de l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur la liste, les établissements ont été choisis en fonction du volume qu'ils peuvent prendre en charge afin que l'addition de ces volumes individuels couvre les besoins totaux.
- > Si pour éviter une « sur-couverture », un choix doit être fait entre plusieurs établissements non-universitaires, ce choix se base sur la proximité et favorise dans ce sens les établissements fribourgeois.
- > Lorsque les besoins de la population fribourgeoise n'ont pas pu être évalués, le groupe de prestations a été attribué à tous les établissements qui remplissent les exigences.
- > Si plusieurs établissements universitaires ont postulé pour le même groupe de prestations, l'attribution se fait sans sélection entre eux.

La liste de tous les groupes de prestations attribués aux différents établissements se trouve en annexe 4. Le commentaire ci-après se limite à expliquer brièvement les mandats qui ont été attribués à chaque établissement.

Hôpital fribourgeois

Tous les groupes de prestations pour lesquels l'HFR remplit les exigences lui ont été attribués.

L'HFR reçoit également un mandat de prestations pour le groupe de prestations DER1.1 Oncologie dermatologique malgré que le nombre minimum de cas n'a pas été atteint en 2013. Le but est de rapatrier ces cas actuellement en grande partie traités hors canton. Lui est également attribué le groupe de prestations HAE1.1 Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative. L'analyse de l'activité 2013 et 2014 (jusqu'au début octobre) a montré que l'HFR traite plus de 10 cas par an, même si les besoins totaux de la population fribourgeoise dans cette catégorie à l'horizon 2020 sont évalués à 9. Une erreur de codage en 2010 (année de référence pour l'évaluation des besoins) a certainement conduit à une sous-estimation des besoins. Toutefois, si l'HFR n'arrive pas à atteindre le nombre minimum de cas dans les 3 prochaines années, ces groupes de prestations lui seront retirés.

Pour les groupes de prestations VIS1.1 Interventions majeures sur le pancréas et VIS1.3 Chirurgie de l'œsophage, l'HFR n'a pas non plus atteint le nombre minimum de cas. Il s'agit ici de deux groupes de prestations attribués à l'HFR dans le cadre de la Convention



intercantonale en médecine hautement spécialisée (CIMHS). Le mandat cantonal reflète ici uniquement cette attribution intercantonale.

Les groupes de prestations GEF2 Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux, ANG2 Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux, GEF3 Chirurgie carotidienne et ANG3 Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens nécessitent pour l'établissement d'obtenir un mandat pour le groupe de prestations HER1.1 Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons ou de bénéficier d'une convention de collaboration avec un autre établissement disposant d'un mandat pour HER1.1. Etant donné que le mandat pour ce groupe de prestations va à l'avenir être attribué à l'HFR, l'établissement remplit dorénavant ce critère.

L'HFR postule pour plusieurs groupes de prestations de la chirurgie cardiaque. Il s'agit d'un domaine dans lequel l'HFR souhaite se développer. Pour soutenir ce projet qui doit se mettre en place dans le courant 2015 en collaboration avec le CHUV, ces différents groupes de prestations vont être attribués au HFR. Cependant, il ne s'agit pas de développer à l'HFR un centre de chirurgie cardiaque avec prise en charge des patient-e-s 24h / 24 h et 7j / 7 j, mais plutôt de permettre la prise en charge d'opérations programmées.

Avec l'attribution de ces groupes de prestations à l'HFR, l'établissement dispose également des prérequis nécessaires à l'attribution des groupes de prestation KAR1.1 Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes), KAR1.1.1 Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales), KAR1.2 Electrophysiologie (ablations) et KAR 1.3 Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT).

Pour les prestations en URO1.1.1 Prostatectomie radicale, URO 1.1.2 Cystectomie radicale et URO1.1.3 Chirurgie complexe des reins, l'HFR n'atteint pas en 2013 le nombre minimum de cas exigé. Ces prestations sont aujourd'hui partagées entre trois établissements fribourgeois (HFR, Hôpital Daler, HIB). En concentrant ces prestations au HFR et à l'Hôpital Daler, le nombre minimum de cas pourra être atteint. Toutefois, le développement de ces prestations va être suivi de près et, si l'HFR n'arrive pas à atteindre le nombre minimum de cas dans les 3 prochaines années, ces groupes de prestations lui seront retirés.

Pour le groupe de prestation PNE2 Polysomnographie, l'HFR est en train de préparer son dossier d'accréditation en tant que centre de sommeil auprès de la Société Suisse de Recherche sur le Sommeil, de Médecine du Sommeil et de Chronobiologie (SSRSMSC). Dans cette perspective, le mandat pour ce groupe de prestations lui est attribué pour 2015. Si toutefois l'HFR ne devait pas obtenir son accréditation dans le courant 2015, le mandat pourra lui être retiré.

Enfin, déjà prévue par la planification du 31 mars 2008, une unité de crise de 8 lits doit être créée à l'HFR Fribourg – Hôpital cantonal. Cette unité spécifique a pour but de traiter de manière adéquate les patient-e-s nécessitant rapidement une prise en charge médicale d'un problème somatique dont les causes sont psychiques, comme par exemple les tentatives de suicide et les troubles de l'adaptation. La mise en place de cette unité spécifique doit se faire en collaboration avec le RFSM.



L'Hôpital Daler

Tous les groupes de prestations pour lesquels l'Hôpital Daler remplit les exigences lui ont été attribuées.

L'Hôpital Daler reçoit un mandat pour le groupe de prestations DER1.1 Oncologie dermatologique malgré que le nombre minimum de cas n'ait été atteint en 2013. Le but est d'offrir ces prestations dans le canton alors qu'elles sont actuellement en grande partie traitées hors canton. Toutefois, si l'Hôpital Daler n'arrive pas à atteindre le nombre minimum de cas dans ce groupe de prestations dans les 3 prochaines années, ce mandat lui sera retiré.

Le mandat en HNO2 Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes est attribué à l'Hôpital Daler malgré l'absence d'une convention de collaboration formelle pour la NUK1 Médecine nucléaire. L'Hôpital Daler conclura cette convention avec l'HFR dans le courant 2015.

Malgré l'absence d'une convention formelle pour la GEF1 Chirurgie vasculaire périphérique, le mandat de prestation en ANG1 Intervention sur les vaisseaux périphériques est attribué à l'Hôpital Daler, qui s'engage à conclure cette convention avec l'HFR dans le courant 2015.

Le groupe de prestations URO 1.1.2 Cystectomie radicale est attribué à l'Hôpital Daler malgré l'absence de soins intensifs de niveau 2 et un nombre insuffisant de cas en 2013. Il en est de même pour URO1.1.3 Chirurgie complexe des reins, prestation qui requiert également les soins intensifs de niveau 2. Il a été constaté que le nombre minimum de cas sera atteint en 2014. En ce qui concerne l'absence des soins intensifs de niveau 2, cette absence est comblée par une collaboration plus générale dans le domaine de l'urologie entre l'HFR et l'Hôpital Daler. Cette collaboration très étroite, notamment par les opérateurs qui travaillent dans les deux établissements, est en cours de formalisation dans le cadre d'un avenant à la Convention d'intention de collaboration déjà existante entre les deux établissements.

Le groupe de prestations ONK1 Oncologie est attribué à l'Hôpital Daler malgré l'absence d'une convention de collaboration formelle pour la RAO1 Radio-Oncologie. Cette absence va être comblée, comme les précédentes, par une convention avec l'HFR.

Clinique générale

Tous les groupes de prestations pour lesquels la Clinique générale remplit les exigences lui ont été attribuées.

La Clinique générale se voit également attribuer le groupe de prestations URO1 Urologie sans titre de formation approfondie « Urologie opératoire » malgré l'absence d'un Tumor board. La clinique s'engage à mettre un tel organe en place dans le courant 2015.

Le groupe de prestations BEW8.1 Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale est attribué à la Clinique générale. Une analyse de l'activité 2013 montre que le nombre minimum de cas de 10 a été atteint si on y inclut également les cas d'accident. Si toutefois la Clinique générale n'arrive pas à atteindre ce nombre minimum de cas dans les 3 prochaines années, ce mandat lui sera retiré.



Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB)

Tous les groupes de prestations pour lesquels l'HIB remplit les exigences lui ont été attribuées.

Le mandat pour le groupe de prestations KAR1.3 Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT) est attribué à l'HIB malgré l'absence d'une convention de collaboration pour la HER1.1 Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons. L'HIB va établir cette convention formelle avec l'HFR dans le courant 2015.

Il en va de même du groupe de prestations RHE1 Rhumatologie pour lequel l'HIB ne dispose pas de convention de collaboration BEW8 Chirurgie de la colonne vertébrale. L'HIB va la formaliser avec l'HFR.

Le groupe de prestations ONK1 Oncologie est attribué à l'HIB malgré l'absence d'une convention de collaboration formelle pour la RAO1 Radio-Oncologie. Cette absence va être comblée, comme les précédentes, par une convention avec l'HFR.

L'Hôpital neuchâtelois (HNE)

Les établissements fribourgeois couvrent pour la plupart des groupes de prestations les volumes de besoins évalués. Toutefois, quelques groupes de prestations sont attribués à l'HNE soit pour assurer une couverture complète des besoins, soit parce que les besoins n'ont pas pu être évalués faute de données statistiques et que l'HNE remplit les exigences.

Le Petit Prince

Le groupe de prestations GEBH Maison de naissance est attribué au Petit Prince, malgré l'absence d'une convention de collaboration pour les groupes de prestations GEB1 Soins de base en obstétrique et NEO1 Soins de base aux nouveau-nés. La maison de naissance s'engage à formaliser par une convention cette collaboration avec l'HFR dans le courant 2015. A relever que, dans les faits, une telle collaboration existe depuis plusieurs années.

La Klinik Bethesda

La Klinik Bethesda postule pour le diagnostic et le traitement complexe en épileptologie (NEU4 & NEU4.1), la prise en charge de personnes souffrant d'épilepsie. La clinique remplit les exigences liées à ces groupes de prestations. Il s'agit de deux groupes de prestations dont les besoins n'ont pas pu être évalués. Par analogie avec ce qui se fait pour d'autres prestations dans le même cas de figure, le choix est fait d'attribuer ces prestations à la Klinik Bethesda.



C. Soins palliatifs spécialisés

1. Prestations et évaluation des besoins

Les soins palliatifs comprennent, dans le cadre d'une approche globale, le traitement et la prise en charge de personnes atteintes de maladie mortelle, incurable ou chronique évolutive. Ces soins ont pour objectif de maintenir la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort. Ils cherchent à atténuer les souffrances, prennent également en considération les aspects sociaux, moraux, spirituels et religieux, en fonction des désirs des patient-e-s. Les soins palliatifs de bonne qualité dépendent de connaissances et de méthodes de travail professionnelles et sont prodigués, dans la mesure du possible, dans le lieu souhaité par le ou la patient-e. S'ils prennent tout leur sens au moment de l'agonie et du décès, ils devraient être proposés au à un stade précoce de la maladie, peut-être même déjà parallèlement aux soins curatifs. Les soins palliatifs de base sont une partie du paquet de base et ainsi une obligation pour la plupart des prestataires. Il existe de plus la possibilité pour un établissement de demander à être reconnu en tant que centre de compétence en soins palliatifs. Des directives nationales concernant les soins palliatifs édités par palliativ.ch font référence en la matière.

La planification 2008 prévoit 12 lits de soins palliatifs au HFR - Châtel-St-Denis et 8 lits au HFR - Meyriez. La réalité est quelque peu différente étant donné que les 8 lits à Meyriez ne vont ouvrir qu'après la fin des travaux de transformation du site en mai 2016 et que l'unité de Châtel-St-Denis a déménagé en printemps 2014 sur le site Fribourg - Hôpital cantonal tout en voyant une augmentation de 12 à 14 lits.

La base de données actuelle ne permet pas d'évaluer les besoins hospitaliers en soins palliatifs. Le développement de ce domaine est relativement récent en Suisse. De ce fait, nous nous appuyons sur les recommandations de l'EAPC (European Association for Palliative Care) pour évaluer les besoins en soins de la population fribourgeoise. Selon l'EAPC, 80 à 100 lits par 1 million d'habitant-e-s doivent être mis à disposition pour les soins palliatifs. Pour le canton de Fribourg avec ses 278'493 habitant-e-s en 2010, cela représenterait entre 22 et 27 lits en totalité. Même si avec l'ouverture des lits à Meyriez l'offre semble couvrir les besoins, il sera important de suivre de près l'évolution du taux d'occupation de ces lits pour voir si l'offre répond effectivement aux besoins de la population.



2. Critères d'évaluation

2.1 Exigences générales

Les exigences générales, les exigences liées à l'économicité ainsi que les exigences générales liées à la qualité sont identiques à celles de la réadaptation et ne sont pas présentées sous ce point.

2.2 Exigences spécifiques

Directeur ou directrice médical-e / médecin chef-fe : La responsabilité du centre de compétence est assumée par un ou une médecin spécialiste avec une formation en soins palliatifs.

Médecins cadres : Les médecins cadres disposent d'un diplôme FMH en médecine interne avec une formation complémentaire en soins palliatifs.

Personnel médico-soignant : Le personnel médico-soignant (art. 49 et 50a OAMal) doit être titulaire d'un diplôme d'une école reconnue. Les psychologues doivent attester de qualifications supplémentaires en techniques de relaxation. Les infirmiers et infirmières chef-fes disposent d'une formation continue en management. Au moins 50% du personnel infirmier diplômé doit avoir au moins deux années d'expérience post-diplôme et des connaissances spécialisées dans le domaine des soins palliatifs. Le personnel soignant doit être disponible 365 jours par an et 24h/24.

Autres services : Un service social, une assistance spirituelle, des conseils en diététique et un/e cuisinier/-ière en diététique doivent être disponibles.

Service de garde/de piquet, interventions urgentes : Un service de garde et un service de piquet doivent être assurés.

Structure : Une unité organisationnelle doit avoir sa propre structure de direction et ses propres locaux pour les patient-e-s qui nécessitent des soins palliatifs, avec atmosphère et possibilités d'hébergement appropriées pour les proches.

Installations techniques : Dans les chambres des patient-e-s, il doit y avoir un raccordement mural d'oxygène ainsi qu'un vide d'air / aspiration. Dans l'unité, des pompes antidouleur, des perfuseurs, des pousse-seringues ainsi que des matelas anti-décubitus spéciaux doivent être à disposition.

Offres médico-techniques et diagnostiques : A côté du diagnostic médical (diagnostic de routine par ex. CIF), un laboratoire de routine et spécialisé ainsi que la mesure de la tension artérielle sont nécessaires.

Offres thérapeutiques : Il s'agit d'un réseau externe avec d'autres institutions, les prestataires ambulatoires et les proches ainsi que d'un concept d'exploitation dans lequel est défini comment, dans une situation palliative, la meilleure qualité de vie possible des patient-e-s est garantie et leur dignité et leur intégrité sont respectées. Le concept donne des informations sur l'offre de prestations, les groupes de patient-e-s cibles, l'infrastructure et les processus nécessaires pour remplir le mandat. A côté de cela, il y a également des offres pour la thérapie de la douleur, la psychologie clinique et les conseils sociaux.



3. Evaluation des offres

Deux établissements souhaitent offrir des prestations en soins palliatifs spécialisés à partir de 2015, à savoir :

- > Hôpital fribourgeois (HFR)
- > Hôpital intercantonal de la Broye (HIB)

3.1 Respect des exigences

En analysant les deux offres le constat a été fait que, pour les exigences générales, les exigences en matière de qualité et en matière d'économicité, les deux établissements remplissent les critères.

L'évaluation des exigences spécifiques a montré que, pour les deux établissements, le personnel médico-soignant nécessaire est disponible, les médecins cadres justifient d'une formation continue en soins palliatifs et les exigences liées aux offres médico-techniques, diagnostiques et thérapeutiques ainsi qu'aux installations techniques sont remplies.

Par contre l'HIB ne dispose pas de concept d'exploitation décrivant comment, dans une situation palliative, la meilleure qualité de vie possible des patient-e-s est garantie et leur dignité et leur intégrité sont respectées. De plus, les discussions avec l'HIB ont montré que l'établissement ne fournit pas de prestations en soins palliatifs spécialisées et qu'il n'est pas intéressé à les développer.

A noter que l'HFR remplit toutes les exigences spécifiques pour les soins palliatifs spécialisés et que l'unité Saint-François au HFR Fribourg – Hôpital cantonal a obtenu en septembre 2014 le label «Qualité en Soins» par qualité palliative, certifiant que l'unité répond aux critères de qualité de l'Association Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs (palliative.ch).

3.2 Attribution des prestations et projet de liste hospitalière

L'HFR respectant les critères, il obtient non seulement le mandat de prestations pour les soins palliatifs de base, mais également pour les soins palliatifs spécialisés.

L'HIB obtient le mandat de prestations en soins palliatifs de base en vertu de son mandat pour le paquet de base dans le domaine de soins somatiques aigus.



D. Réadaptation

Si elle ne définit pas la notion des soins somatiques aigus, la LAMal ne donne pas non plus de définition de la notion de réadaptation. Tandis que les soins somatiques aigus sont principalement axés sur le traitement curatif des maladies aiguës et des blessures, la réadaptation met l'accent sur le traitement des conséquences d'une maladie ou d'une blessure. Ainsi, les patient-e-s en réadaptation sont des patient-e-s en phase stable de la maladie ; ils ou elles requièrent une moindre surveillance, quelques investigations courantes, des traitements simples (p. ex. injections, perfusions, pansements, etc.), de l'ergothérapie et surtout de la physiothérapie intensive, dans le but d'un retour à domicile.

Selon l'OMS « la réadaptation comprend l'utilisation coordonnée du traitement médical, social, professionnel, éducatif et des mesures techniques ainsi que l'influence exercée sur l'environnement physique et social pour atteindre une amélioration fonctionnelle permettant à la personne concernée une très large participation dans toutes les sphères de vie. »¹³

La présente planification de la réadaptation est limitée à la planification de la réadaptation médicale stationnaire en milieu hospitalier dans le cadre d'un concept de réhabilitation complète. Les aspects de la réinsertion sociale et professionnelle ne sont donc pas traités ici.

1. Groupes de prestations

La législation sur l'assurance-maladie révisée prévoit pour la réadaptation une planification liée aux prestations ou aux capacités (art 58c let. b OAMal) ainsi qu'une rémunération par des forfaits liés aux prestations, se basant sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse (art. 49 al.1 LAMal). La Direction de la santé et des affaires sociales a décidé de procéder dans le domaine de la réadaptation à une planification liée aux prestations. Se pose encore le problème de l'absence d'une structure tarifaire uniforme au niveau suisse se fondant sur des types de réadaptation clairement définis. Toutefois, pour la présente planification, l'éventail des prestations dans le domaine de la réadaptation est classifié sur la base du premier projet Def Reha.

Pour faciliter l'attribution de mandats portant sur des prestations spécifiques, les groupes de prestations doivent être basés sur un système de classification médicalement reconnu afin qu'ils puissent être clairement définis. Bien qu'une classification ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health de l'Organisation mondiale de la Santé) soit disponible, elle n'est pas beaucoup utilisée en pratique en raison de son manque de faisabilité et d'un investissement élevé pour le codage.

Par conséquent, l'attribution des groupes de prestations en réadaptation se basera également sur le système de classification internationale des maladies (CIM).

1.1 Réadaptation gériatrique polyvalente

La réadaptation polyvalente gériatrique traite les personnes âgées atteintes de polymorbidité. Elle vise à préserver les capacités fonctionnelles et l'indépendance de la personne âgée, à limiter les soins requis et à prévenir une perte d'autonomie au quotidien et la mise en institution qui en résulterait.

¹³ WHO : *Disability prevention and rehabilitation* . Technical Report Series 668. Genève. 1981



1.2 Réadaptation musculo-squelettique

La réadaptation musculo-squelettique traite les atteintes chroniques ou aiguës des os, des articulations et de la colonne vertébrale et/ou d'atteintes musculo-squelettiques dues à des inflammations des tissus mous ou à des causes dégénératives postopératoires ou post-traumatiques. La réadaptation de patient-e-s traité-e-s pour de grandes brûlures est également incluse dans ce groupe.

1.3 Réadaptation en médecine interne et oncologique

La réadaptation en médecine interne et oncologique traite des patient-e-s atteint-e-s de troubles fonctionnels, qui nécessitent une réadaptation coordonnée et pluridisciplinaire en raison de la présence de polyopathologies ou de comorbidités. Elle traite également les douleurs tumorales ou les résultantes du traitement des tumeurs.

1.4 Réadaptation cardiovasculaire

La réadaptation cardiovasculaire traite des suites d'une intervention chirurgicale cardiaque, ainsi que des maladies du système cardiovasculaire.

1.5 Réadaptation neurologique

La réadaptation neurologique traite les conséquences des maladies et atteintes du système nerveux central et périphérique ainsi que des conséquences des maladies neuromusculaires.

1.6 Réadaptation pulmonaire

La réadaptation pulmonaire traite des suites d'une intervention chirurgicale thoracique, ainsi que des maladies chroniques des voies respiratoires inférieures et d'autres maladies pulmonaires liées à une capacité physique réduite.

1.7 Réadaptation paraplégique

La réadaptation paraplégique comprend la réadaptation primaire, la réadaptation continue ainsi que le traitement des complications chez des patient-e-s paralysé-e-s des membres inférieurs et/ou supérieurs et du tronc à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une malformation.

1.8 Réadaptation psychosomatique

La réadaptation psychosomatique traite des patient-e-s qui présentent des problèmes en premier lieu somatiques où les facteurs psychologiques jouent un rôle important. Elle comprend des maladies où les symptômes psychiques se trouvent directement au premier plan telles que l'anxiété ou la dépression, mais elle concerne également des maladies où les troubles psychiques ont une incidence sur le corps et entraînent des signes physiques ou leur accentuation. La réintégration professionnelle et sociale est un objectif prioritaire, car les patient-e-s présentant une comorbidité de nature psychique et physique présentent un risque particulièrement élevé de chronicité.



Tableau 11 : Groupes de prestations en réadaptation

Prestations	Descriptions du chapitres CIM inclus	Chapitre CIM
Réadaptation polyvalente gériatrique	Cas de gériatrie (M900) avec code GPPH Paquet de base	
Réadaptation musculo-squelettique	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	M00-M99
	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	S00-T98
Réadaptation de médecine interne et oncologique	Certains maladies infectieuses et parasitaires	A00-B99
	Tumeurs	C00-D48
	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	D50-D89
	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	E00-E90
	Maladies de l'œil et de ses annexes	H00-H59
	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	H60-H95
	Maladies de l'appareil digestif	K00-K93
	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	L00-L99
	Maladies de l'appareil génito-urinaire	N00-N99
	Grossesse, accouchement et puerpéralité	O00-O99
	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	P00-P99
	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Q00-Q99
	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	R00-R99
	Causes externes de morbidité et de mortalité	V01-Y98
	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	Z00-Z99
	Codes d'utilisation particulière	
	Non précisé (cas qui n'appartenaient à aucun chapitre CIM)	
Réadaptation cardiovasculaire	Maladies de l'appareil circulatoire	I00-I99
Réadaptation neurologique	Maladies du système nerveux (à l'exclusion du sous-chapitre Paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques (G80-G83)	G00-G99
	Troubles mentaux et du comportement	F00-F99
Réadaptation pulmonaire	Maladies de l'appareil respiratoire	J00-J99
Réadaptation paraplégique	Maladies du système nerveux (uniquement le du sous-chapitre Paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques (G80-G83)	G00-G99

2 Evaluation des besoins en réadaptation

2.1 Base de données et facteurs d'influence

L'analyse des besoins a débuté par la sélection des données permettant d'identifier les cas relevant de la planification hospitalière. Les données de la statistique médicale des hôpitaux de l'année 2010 ont été utilisées, à savoir les plus récentes disponibles de façon exhaustive selon les recommandations de la CDS¹⁴ et pour lesquels le modèle de facteur d'influence a été disponible.

Dans ce rapport, les cas de réadaptation sont les cas qui sont renseignés au niveau du centre de prise en charge des coûts comme des cas de Gériatrie (M900) ou de Médecine physique et réadaptation (M950). Les cas de Gériatrie sont attribués à la catégorie Réadaptation polyvalente gériatrique. Les cas de Médecine physique et réadaptation ont été répartis dans six autres catégories de réadaptation en fonction du diagnostic CIM principal, (cardiovasculaire, pulmonaire, musculo-squelettique, neurologique, médecine interne et oncologie et paraplégie). Le choix de ces catégories résulte de la littérature et de discussions

¹⁴ Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière d'après la révision de la LAMal sur le financement hospitalier du 21.12.2007 (http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Empfehlungen/EM_Spitalplanung_20090514-f.pdf), Berne, 2009, page 3.



avec des experts. Avec la réadaptation polyvalente gériatrique (M900), il y a au total sept groupes de prestations qui forment la réadaptation.

2.1.1 Facteurs d'influence sur la réadaptation

Les besoins en réadaptation étant fortement conditionnés par l'organisation et le financement des soins et par la définition des traitements de réadaptation, il est plus complexe de faire des hypothèses sur les facteurs ayant une influence dans ce domaine. Il faut notamment tenir compte du moment où se terminent les soins aigus et où commencent les soins de réadaptation hospitalière. Si, pour certaines prestations en soins somatiques aigus, la durée moyenne de séjour diminue, il est probable que ces cas soient pris en charge plus précocement en réadaptation et que leur durée de séjour en réadaptation soit allongée. A l'opposé, le développement de la réadaptation ambulatoire peut conduire à diminuer les durées de séjour de réadaptation hospitalière.

En tenant compte de ces difficultés, et pour chaque domaine de la réadaptation, les projections des besoins, réalisées sur la base du scénario moyen révisé 2013 de l'OFS, et en utilisant les hypothèses du scénario principal du canton de Zurich, retiennent les éléments suivants :

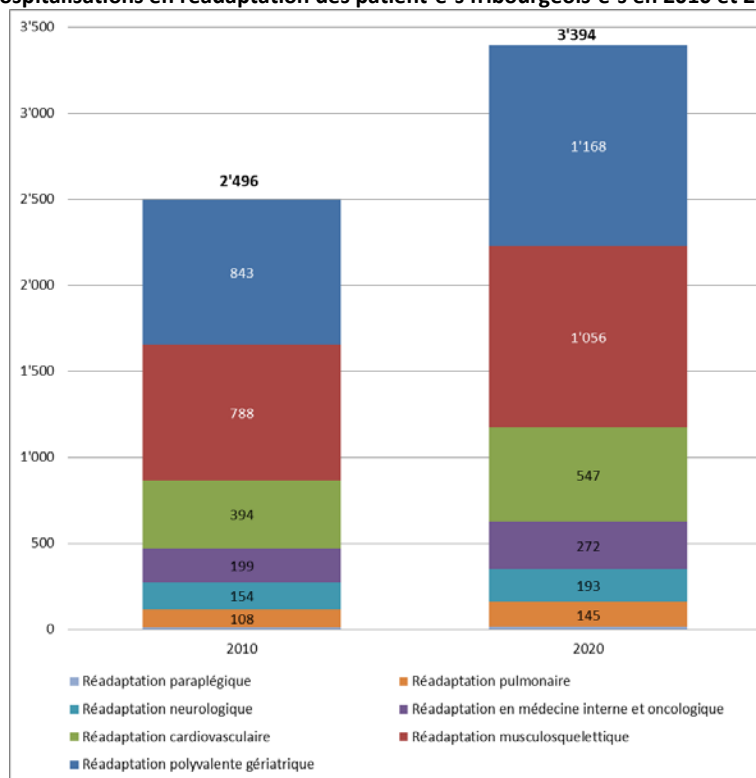
- > pas de changement au niveau des taux d'hospitalisation,
- > diminution de la durée moyenne de séjour de 7.5% entre 2010 et 2020.

2.2 Besoins en réadaptation à l'horizon 2020

L'évaluation des besoins en soins hospitaliers, telle qu'elle ressort du rapport de juin 2014, a permis de mettre en lumière les prestations pour lesquelles la population fribourgeoise a été hospitalisée en 2010 (base statistique officielle complète la plus récente lors de l'élaboration du rapport) à charge de l'assurance obligatoire des soins et quelle devrait être l'évolution des besoins jusqu'en 2020 dans le cadre de la LAMal (autres assurances sociales et patient-e-s domiciliés hors canton non compris). Les projections 2020 tiennent compte de l'évolution démographique, épidémiologique et technologique, ainsi que de la substitution entre prises en charge ambulatoire et stationnaire. Pour les projections, le scénario moyen révisé de l'OFS (2013) en matière d'évolution démographique a été retenu.

Sur cette base, le nombre d'hospitalisations des patient-e-s fribourgeois-e-s pour les prestations de réadaptation devraient évoluer de la manière suivante:

Figure 6: Nombre d'hospitalisations en réadaptation des patient-e-s fribourgeois-e-s en 2010 et 2020



L'évolution représente globalement pour la réadaptation une augmentation de 36% du nombre d'hospitalisations d'ici 2020.

3. Critères d'évaluation

3.1 Exigences générales

Comme pour les soins somatiques aigus, chaque établissement doit remplir les exigences générales selon l'article 39, alinéa 1 LAMal et garantir la prise en charge de toutes et de tous les assuré-e-s LAMal résidant dans le canton de Fribourg, indépendamment de leur statut d'assurance, dans la limite de son mandat de prestations et de ses capacités (obligation d'admission), conformément à l'article 41a LAMal. De plus, doivent être respectées les dispositions en matière de financement conformément à la loi du 4 novembre 2011 concernant le financement des hôpitaux et des maisons de naissance.

Quant à l'exigence de pouvoir traiter les patient-e-s dans un délai utile, même si la proximité joue également un rôle, l'accent est plus mis ici sur l'aspect temporel, soit sur le temps d'attente pour être pris en charge dans un établissement.

3.1.1 Exigences en matière de qualité

Pour ce qui concerne les exigences générales en matière de qualité, il s'agit des mêmes que pour les soins somatiques aigus, avec les deux exigences supplémentaires suivantes :

Responsable qualité : Les établissements doivent disposer d'un responsable qualité et ses tâches sont décrites dans un cahier de charge.



Concept d'urgence : Les hôpitaux doivent disposer d'un concept écrit d'intervention en cas d'urgence qui règle notamment la collaboration avec un hôpital de soins aigus. Le concept est adapté au minimum tous les deux ans. Tous les collaborateurs ont connaissance de ce concept.

3.1.2 Exigences en matière d'économicité

L'établissement fournit des garanties suffisantes en termes de pérennité et de solvabilité, respecte les principes comptables reconnus par le canton et transmet annuellement ses états financiers. De plus, il démontre annuellement l'économicité de ses prestations, livre annuellement son budget d'investissements, transmet l'évolution de ses coûts pour les cinq dernières et prochaines années et respecte les dispositions du droit des marchés publics.

3.2 Exigences spécifiques

Selon les différents groupes de prestations qu'un établissement désire fournir, des exigences spécifiques en termes de personnel, traitement et infrastructure doivent être remplies :

Nombre minimum de cas : Pour certaines formes de réadaptation, un nombre minimum de cas est exigé pour garantir la qualité de la prestation. Pour les réadaptations polyvalente gériatrique, musculosquelettique, cardiovasculaire et pulmonaire, ce nombre s'élève à 250. Pour la réadaptation neurologique, ce nombre est de 200.

Directeur ou directrice médical-e / Médecin-chef-fe : Le directeur ou la directrice médical-e, respectivement le ou la médecin-chef-fe doit être employé-e au minimum à 80%. Pour certaines formes de réadaptation, il doit disposer d'une expérience dans le domaine.

Médecins cadres : Selon le type de réadaptation, le ou la médecin cadre doit disposer du titre FMH correspondant. Par exemple, un titre FMH en neurologie et/ou en neurochirurgie est requis pour la réadaptation neurologique, un titre FMH en cardiologie pour la réadaptation cardiovasculaire, etc.

Consultants : Pour certaines formes de réadaptation, des consultants internes voire externes sont nécessaires.

Personnel médico-soignant : Le personnel médico-soignant (art. 47 à 50a OAMal) doit être titulaire d'un diplôme d'une école reconnue. Les infirmiers et infirmières chef-fes doivent disposer d'une formation continue en management. Le personnel soignant doit être disponible 365 jours par an et 24 heures sur 24. Selon le type de réadaptation, des exigences supplémentaires en termes de formation et formation continue sont demandées. Par exemple, pour la réadaptation musculosquelettique, les ergothérapeutes doivent justifier d'une expérience dans les mesures de réadaptation professionnelle et en ergonomie.

Autres services : Les autres services habituellement exigés sont le service social, les conseils en diététique ainsi qu'une cuisine diététique. Selon le type de réadaptation, d'autres services sont encore nécessaires, comme par exemple un technicien/-ne en orthopédie pour la réadaptation neurologique.

Service de garde/de piquet, interventions urgentes : Un service de garde et de piquet doit être assuré. En outre, le personnel médico-soignant doit être formé régulièrement aux interventions urgentes et un matériel d'urgence et de réanimation doit être disponible dans chaque unité de soins.



Offres médico-techniques et diagnostiques : Selon le type de réadaptation, différentes offres médico-techniques et diagnostiques sont requises comme par exemple : diagnostic médical, laboratoires, ECG, radiologie, échographie, diagnostics fonctionnels, etc.

Offres thérapeutiques : Selon le type de réadaptation, différentes offres thérapeutiques sont demandées : physiothérapie, thérapie physique, ergothérapie, logopédie, offre de cours en matière de santé, etc.

Infrastructure : Des exigences spécifiques en matière d'infrastructure ne sont pas demandées pour toutes les formes de réadaptation. Pour la réadaptation pulmonaire, un approvisionnement continu en oxygène est exigé et pour la réadaptation de paraplégiques, une unité de surveillance (ECG-Monitoring, Pulsoxymètre etc.) ainsi qu'une offre de loisirs sont requises.

4. Evaluation des offres

Huit établissements ont déposé une offre de prestations en réadaptation à partir de 2015, à savoir :

- > Hôpital fribourgeois (HFR)
- > Hôpital intercantonal de la Broye (HIB)
- > Schweizer Paraplegiker-Zentrum (Nottwil)
- > REHAB (Basel)
- > Clinique romande de réadaptation (SUVA Sion)
- > Institution de Lavigny
- > Berner Klinik Montana
- > Klinik Bethesda Tschugg

Tous ces établissements se trouvaient déjà sur la liste hospitalière fribourgeoise 2012 pour des prestations de réadaptation, mais pas pour la même palette de prestations pour laquelle ils postulent aujourd'hui.

Le tableau suivant donne un aperçu des postulations :

Tableau 12 : Postulations des différents établissements pour les soins en réadaptation

Groupes de prestations	HFR	HIB	Paraplegikerzentrum	REHAB Basel	SUVA Sion	Lavigny	Berner Klinik Montana	Bethesda Tschugg
Polyvalente gériatrique								
Musculo-squelettique								
Interne et oncologique								
Cardiovasculaire								
Neurologique								
Pulmonaire								
Paraplégique								
Psycho-somatique								



4.1 Respect des exigences

Tous les dossiers de postulation ont été analysés quant à leur exhaustivité. Pour la plupart de dossiers, des compléments d'information ont été demandés.

Fait partie des exigences générales l'obligation d'admission selon article 41a alinéa 1 LAMal qui oblige tous les hôpitaux au bénéfice d'un mandat de prestations de prendre en charge toutes les personnes domiciliées dans le canton. Tous les établissements qui ont postulé ont confirmé qu'ils vont prendre en charge toutes et tous les patient-e-s, indépendamment de leur statut d'assurance, dans la limite de leur mandat de prestations et de leurs capacités.

Tous les établissements ont également confirmé vouloir respecter les dispositions en matière de financement conformément à la loi du 4 novembre 2011 concernant le financement des hôpitaux et des maisons de naissance, notamment l'article 3 alinéa 1.

4.1.1 Exigences en matière de qualité

La vérification des exigences en matière de qualité a relevé que les établissements qui ont postulé remplissent déjà aujourd'hui largement ces exigences.

L'HFR doit encore rédiger un concept d'assurance qualité englobant toutes les démarches déjà mises en place en matière de qualité, ces concepts de qualité existant dans certains services. Un projet pour les consolider et les généraliser à toute l'institution est en cours. Cet établissement finalisera ces travaux pendant le premier semestre 2015.

L'HIB et la Clinique romande de réadaptation vont rédiger leur premier rapport de qualité selon le modèle H+. Les autres établissements remplissent déjà cette exigence en matière de qualité.

4.1.2 Exigences en matière d'économicité

Selon les nouveaux critères de planification, le canton doit évaluer l'efficacité des prestataires de soins. Une évaluation des exigences - en termes de transmission de documents comptables, de maîtrise des coûts, etc. - a été réalisée en trois étapes avec l'appréciation des documents transmis par les établissements, l'analyse des coûts par journée et finalement la comparaison de l'évolution des coûts par journée sur plusieurs années.

Comme pour le domaine des soins aigus, le canton n'a pas analysé en détail la question de l'économicité des coûts des établissements hors canton, les cantons d'implantation étant mieux à même de juger de cette question. Ainsi, ces établissements ont tous été jugés économiques par les cantons d'implantation dans le cadre des procédures d'approbation tarifaires.

Appréciation des documents transmis

Les documents transmis dans le cadre de l'évaluation de l'économicité étant les mêmes pour les domaines de soins aigus, de la réadaptation et des soins palliatifs, il y a lieu de se référer pour cet aspect au chapitre B 4.1.1.2, (page 35).



Comparaison des coûts par journée

Ce sont avant tout les données relatives aux coûts qui permettent de juger de l'économicité d'un prestataire de soins. Une comparaison des coûts par journée est en principe appropriée pour permettre une comparaison équitable des établissements de réadaptation.

Cependant le degré de détail des données des comptabilités analytiques concernant les domaines de la réadaptation diffère fortement d'un hôpital à l'autre. Ainsi, le HIB ne différencie pas les coûts des divers domaines de réadaptation et calcule le coût par journée de tous les types de réadaptation confondus, alors que le HFR fait une différence entre la réadaptation gériatrique, la réadaptation générale, la réadaptation cardio-vasculaire et la réadaptation neurologique. Les coûts de la réadaptation générale quant à eux englobent ceux de la réadaptation musculo-squelettique, la réadaptation interne et oncologique ainsi que la réadaptation pulmonaire. Sur cette base, une comparaison des coûts entre les deux établissements serait délicate et les conclusions concernant l'économicité qui pourraient en être tirées seraient peu fiables. Ce d'autant que la différence entre le coût par journée d'un établissement à l'autre n'est pas nécessairement dû à une mauvaise rentabilité. Elle peut également s'expliquer par des différences dans la délimitation des coûts, des caractéristiques propres à l'établissement, des charges à payer inhabituelles ou une hétérogénéité dans le type de patientèle (cas lourds, cas légers). De plus, contrairement au domaine des soins aigus, il n'existe pas encore de structure tarifaire uniforme au niveau national dans le domaine de la réadaptation. Une telle structure est en cours d'élaboration et devrait entrer en vigueur en 2018. Ainsi, imposer maintenant une uniformisation des comptabilités analytiques dans les domaines de la réadaptation au niveau cantonal ne paraît pas judicieux et générerait un travail administratif important pour un résultat anéanti dès l'introduction du nouveau système tarifaire. Par conséquent, il a été procédé à une analyse et à une plausibilisation des coûts, en renonçant à l'application stricte d'un benchmarking entre les établissements. Ce benchmarking sera fait ultérieurement, après l'introduction de la nouvelle structure tarifaire nationale de réadaptation.

Comme base pour l'analyse et la plausibilisation des coûts, la transmission d'une comptabilité analytique 2013 (modèle ITAR-K ou autre modèle reconnu) a été exigée par le canton.

La méthode de détermination des coûts retenue par le canton s'est basée en majeure partie sur les recommandations de la CDS concernant l'examen de l'économicité. Afin d'assurer une comparabilité optimale, les coûts non imputables pour les prestations stationnaires LAMal doivent être déduits. En outre, les coûts qui sont indemnisés séparément ou qui amèneraient des biais dans les comparaisons (par exemple, ne pas péjorer un établissement qui formerait plus qu'un autre) ne sont pas pris en compte. Ainsi, les coûts suivants ont été déduits du total des coûts d'exploitation de l'établissement :

- > les coûts d'utilisation des immobilisations ;
- > les coûts des prestations à des tiers et ambulatoires ;
- > les coûts des rémunérations supplémentaires (dialyses, facteurs coagulants, etc.) ;
- > les coûts de l'enseignement universitaire et de la recherche ;
- > les honoraires des médecins en division semi-privée et privée (assurance complémentaire) ;
- > les coûts relatifs à la division semi-privée et privée (assurance complémentaire).



Les coûts restants, soit ceux reconnus pour la planification, ont été divisés par le nombre de journées pour ainsi obtenir un coût par journée. Cette procédure a été appliquée aux deux établissements pour chaque type de prestations si les données étaient disponibles. Malgré les différences des coûts entre les deux établissements et les diverses formes de réadaptation, les données à disposition ne permettent pas de conclure à une non-économicité des établissements en raison notamment des réserves émises plus haut.

Comparaison de l'évolution des coûts par journée en moyenne par année

Un autre indicateur retenu pour évaluer le caractère économique des prestations fournies par un établissement est l'évolution des coûts par journée. A cet effet, les postulants ont dû transmettre l'évolution de leurs coûts (coûts par journée LAMal) sur les cinq dernières années et les prévisions pour les cinq prochaines années, soit depuis 2009 jusqu'en 2018.

Un établissement n'ayant pas été en mesure de déterminer le coût par journée affiché en 2009, l'évolution mentionnée dans le tableau ci-dessous montre la progression en pourcent prévue entre 2010 et 2018.

Tableau 13 : Progression des coûts en % prévue entre 2010 et 2018

HFRs	HIB
-1.03	+ 2.35

Il y a lieu de relever que, pour l'HIB, la hausse du coût par journée a eu lieu entre 2010 et 2012 et que le coût est stable entre 2013 et 2018. Le coût par jour affiché par l'HFR actuellement plus élevé tend à rejoindre celui de l'HIB. Une évaluation de l'économicité, sur la base d'une même structure tarifaire et une fois les prestations d'intérêt général et les prestations répondant à un besoin de santé publique clairement identifiées pour chaque établissement, devra permettre de confirmer cette prévision.

4.1.3 Respect des exigences spécifiques

La vérification des exigences spécifiques a relevé que les établissements qui ont postulé remplissent déjà aujourd'hui largement ces exigences.

L'HFR n'atteint pas le nombre minimum de cas pour la réadaptation pulmonaire fixé à 250 cas. Cependant, les besoins de la population fribourgeoise à l'horizon 2020 se montent à 145 cas, atteindre le nombre minimum de cas fixé est difficile. Ainsi, l'HFR est invité à faire des démarches pour attirer des patient-e-s d'autres cantons. La situation va être suivie de près.

L'HIB ne remplit pas encore l'exigence de la présence d'un ou d'une médecin-cadre en gériatrie au sein de l'établissement et ne peut également pas assurer qu'il remplit le critère du nombre minimum de cas pour la réadaptation polyvalente gériatrique.

4.2 Attribution des prestations et projet de liste hospitalière

La procédure pour l'attribution des groupes de prestations aux différents établissements peut être décrite comme il suit :

- > Les établissements doivent respecter les exigences spécifiques par groupe de prestations.
- > Les groupes de prestations sont attribués en fonction de certaines spécialités des établissements.



- > L'équilibre entre les fournisseurs de prestations établis et le flux de patient-e-s doit être respecté

Le tableau suivant représente le résultat de l'attribution des groupes de prestations. Les chiffres indiqués sont des volumes de journées d'hospitalisations pouvant être pris en charge par l'établissement en 2015 et sont uniquement un instrument permettant de s'assurer que la liste hospitalière couvre les besoins en soins de la population et garantit ainsi l'accès aux soins. Pour un groupe donné, l'addition des volumes attribués aux différents établissements devrait donc se rapprocher des besoins à l'horizon 2020 publiés dans le rapport sur l'évaluation des besoins¹⁵.

Tableau 14 : Attribution des groupes de prestations en réadaptation

	HFR	HIB	Paraplegiker-zentrum	REHAB Basel	SUVA Sion	Lavigny	Berner Klinik Montana	Bethesda Tschugg	Besoins de la population 2020
Polyvalente gériatrique	28'139	3'000							28'139
Musculo-squelettique	15'000	3'575			1'825				19'976
Interne et oncologique	5'706	3'000							5'706
Cardiovasculaire	15'000								14'779
Neurologique	8'000			x	1'095	100	2'000	2'000	4'610
Pulmonaire	2'716								2'716
Paraplégique			2'500	x	495				495

Il a été constaté, après une analyse approfondie de l'activité 2013 de l'HFR, que pour certains groupes de prestations l'activité dépasse déjà les besoins évalués à l'horizon 2020. Cela est notamment le cas pour la réadaptation neurologique. L'analyse du nombre de journées de prise en charge révèle que les besoins de cette catégorie de prestations ont très probablement été sous-estimés. Pour cette raison, tous les établissements remplissant les exigences spécifiques pour la réadaptation neurologique se voient attribuer ce mandat.

Il en est de même avec le groupe de prestations réadaptation paraplégique, où l'analyse du nombre de journées de prise en charge révèle également que les besoins ont très probablement été sous-estimés. Ainsi, les trois établissements qui ont postulés pour ce groupe de prestations se voient attribuer le mandat.

En ce qui concerne la réadaptation polyvalente gériatrique, l'HIB est en train de créer un poste de médecin gériatre qui devrait commencer son travail dans le courant 2015. Ce groupe de prestations est donc attribué à l'HIB.

Lors du lancement de l'appel d'offres, le canton s'est réservé la possibilité de renoncer à attribuer le groupe de prestations réadaptation psychosomatique en fonction de l'avancement des travaux pour les projets Def Reha et ST Reha. Par ailleurs, les besoins n'ont pas pu être définis sur la base des données statistiques et de diagnostics fiables. Les travaux au niveau national n'étant à ce jour pas encore assez avancés pour pouvoir s'exprimer sur les futurs groupes de prestations et la structure tarifaire unique, le canton de Fribourg renonce effectivement à attribuer ce groupe de prestations.

¹⁵ Evaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2015, Fribourg, 2014



E. Psychiatrie

La psychiatrie-psychothérapie est le domaine de la médecine qui s'occupe du diagnostic, de la thérapie et de la prévention des troubles mentaux et du comportement. Ces troubles peuvent comprendre des souffrances en lien avec les états mentaux, la conscience, les émotions, l'énergie vitale, les comportements et les modes relationnels qu'entretient une personne avec elle-même, avec autrui et/ou avec son environnement¹⁶.

La prise en charge en psychiatrie a souvent lieu en ambulatoire. Effectivement, l'environnement du ou de la patient-e joue un rôle primordial en prévention, dans l'évolution de la maladie et dans les multiples facettes des mesures de réadaptation¹⁷. De plus, la littérature spécialisée démontre que le recours aux prestations hospitalières, en particulier la durée de séjour en clinique psychiatrique, peut être modifié dans le sens d'une réduction grâce à des prestations ambulatoires (cliniques de jour et de nuit, psychothérapeutes indépendants) conformes aux besoins. Le présent rapport expose uniquement le cadre de la planification en milieu stationnaire pour la psychiatrie.

1. Groupes de prestations

La LAMal révisée prévoit pour la psychiatrie une planification liée aux prestations ou aux capacités (art 58c let. b OAMal) ainsi qu'une rémunération par des forfaits liés aux prestations, se basant sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse¹⁸(art. 49 al.1 LAMal). Dans le domaine de la psychiatrie la planification est liée aux prestations.

En raison de la qualité du recensement des prestations au niveau de la classification et en raison des incertitudes liées à TARPSY¹⁹, la psychiatrie est répartie seulement en trois catégories: la pédopsychiatrie, la psychiatrie adulte et la psychogériatrie. Les cas sont répartis entre les trois catégories en fonction de l'âge des patient-e-s.

Tableau 15 : Groupes de prestations en psychiatrie

Groupes de prestations	Désignation
Pédopsychiatrie	0 – 17 ans *
Psychiatrie adulte	18 – 64 ans
Psychogériatrie	à partir de 65 ans

* De 0 à 14 ans, il n'y a pas de lits de psychiatrie à Fribourg. Ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas de patient-e-s de moins de 15 ans en psychiatrie à Fribourg, ceux-ci et celles-ci étant pris-es en charge à l'HFR

¹⁶ Eric Bonvin, *Planification de la santé mentale et de la psychiatrie du canton du Valais 2010-2015*, 2010.

¹⁷ CDS, *Guide „Planification de la psychiatrie“*, Rapport du groupe de travail "Planification hospitalière", Berne, 2008.

¹⁸ L'échéancier prévoit une mise en application de cette structure uniforme pour la première fois en 2015.

¹⁹ Projet national pour un système tarifaire uniforme pour la psychiatrie hospitalière.



2 Evaluation des besoins en psychiatrie

2.1 Base de données et facteurs d'influence

L'analyse a débuté par la sélection des données permettant d'identifier les cas relevant de la planification hospitalière. Les données de la statistique médicale des hôpitaux de l'année 2010 ont été utilisées, à savoir les plus récentes disponibles de façon exhaustive selon les recommandations de la CDS²⁰ (cas hospitalisés à Fribourg et hors canton) et pour lesquels le modèle de facteur d'influence a été disponible.

Dans ce rapport, les cas de psychiatrie sont les cas qui sont renseignés au niveau du centre de prise en charge des coûts comme des cas de psychiatrie et psychothérapie (M500).

Ensuite, la psychiatrie est répartie en fonction de l'âge, comme mentionné dans le tableau 15 ci-dessus.

2.1.1 Facteurs d'influence

Dans le rapport spécifique sur la psychiatrie du canton de Zurich²¹, des hypothèses sont proposées sur la base d'une enquête menée auprès d'experts par le Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie de la Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften quant aux variables suivantes :

- > l'évolution probable du nombre de cas hospitalisés par groupe de pathologie (indépendamment de l'évolution démographique), reflétant l'évolution épidémiologique et, en partie, les transferts du stationnaire vers l'ambulatoire ;
- > l'évolution probable des durées moyennes de séjour par groupe de pathologie (selon la CIM-10), reflétant l'influence de facteurs économiques (modalité de facturation) et aussi des transferts du stationnaire vers l'ambulatoire.

Selon les experts, il y aura globalement une augmentation du nombre de cas hospitalisés, notamment pour des troubles de l'humeur (dépression, anxiété), des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool et pour des troubles de la personnalité. Cette augmentation est à mettre notamment sur le compte de la dé-stigmatisation progressive des soins psychiatriques. Il est aussi attendu une baisse du nombre de cas de schizophrénie et troubles apparentés ainsi que des troubles névrotiques et troubles apparentés, pour autant que l'offre de soins ambulatoires intensifs puisse être développée.

Pour le canton de Fribourg, les projections des besoins pour la psychiatrie ont été réalisées à l'aide du scénario démographique OFS moyen 2013 révisé et en utilisant les hypothèses proposées dans le rapport zurichois sur l'évolution du nombre de cas et de la durée moyenne de séjour entre 2010 et 2020.

²⁰ Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière d'après la révision de la LAMal sur le financement hospitalier du 21.12.2007 (http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Empfehlungen/EM_Spitalplanung_20090514-f.pdf), Berne, 2009, page 3.

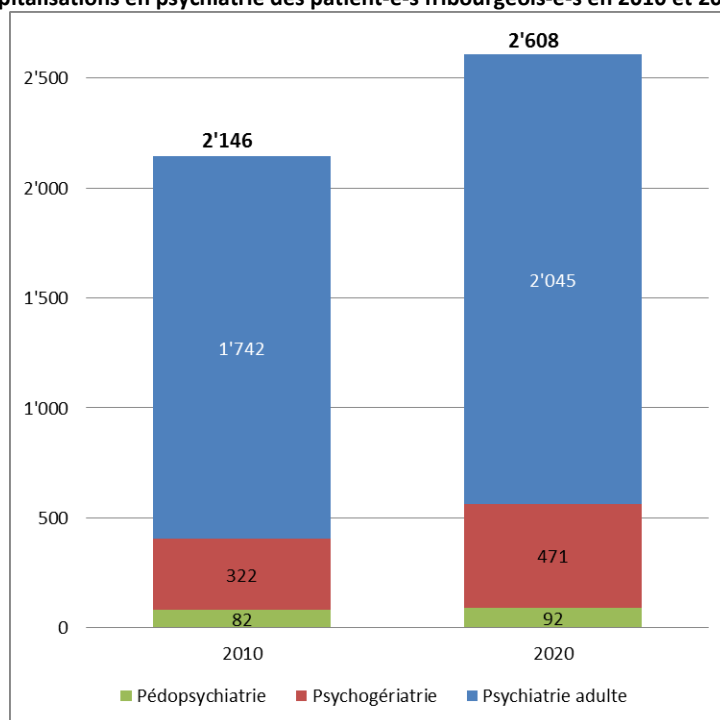
²¹ Rapport disponible sur www.gd.zh.ch/versorgungsbericht

2.2 Besoins en psychiatrie à l'horizon 2020

L'évaluation des besoins en soins hospitaliers, qui ressort du rapport de juin 2014, a permis de mettre en lumière les prestations pour lesquelles la population fribourgeoise a été hospitalisée en 2010 (base statistique officielle complète la plus récente lors de l'élaboration du rapport) à charge de l'assurance obligatoire des soins et quelle devrait être l'évolution des besoins jusqu'en 2020 dans le cadre de la LAMal (autres assurances sociales et patient-e-s domicilié-e-s hors canton non compris). Les projections 2020 tiennent compte de l'évolution démographique, épidémiologique et technologique, ainsi que de la substitution entre prises en charge ambulatoire et stationnaire. Pour les projections, le scénario moyen révisé de l'OFS (2013) en matière d'évolution démographique a été retenu.

Sur cette base, le nombre d'hospitalisations des patient-e-s fribourgeois-e-s pour les prestations en psychiatrie devrait évoluer de la manière suivante:

Figure 7: Nombre d'hospitalisations en psychiatrie des patient-e-s fribourgeois-e-s en 2010 et 2020



L'évolution représente globalement pour la psychiatrie une augmentation de 21.5% du nombre d'hospitalisations d'ici 2020.

3. Critères d'évaluation

3.1 Exigences générales

Comme pour les soins somatiques aigus, chaque établissement doit remplir les exigences générales selon l'article 39, alinéa 1 LAMal et garantir la prise en charge de toutes et de tous les assuré-e-s LAMal résidant dans le canton de Fribourg, indépendamment de leur statut d'assurance, dans la limite de son mandat de prestations et de ses capacités (obligation d'admission), conformément à l'article 41a LAMal. De plus, doivent être respectées les



dispositions en matière de financement conformément à la loi du 4 novembre 2011 concernant le financement des hôpitaux et des maisons de naissance.

3.1.1 Exigences en matière de qualité

Pour ce qui concerne les exigences générales en matière de qualité, il s'agit des mêmes que pour les soins somatiques aigus avec les deux exigences supplémentaires suivantes :

Responsable qualité : Les établissements doivent disposer d'un responsable qualité et ses tâches sont décrites dans un cahier de charge.

Concept d'urgence : Les hôpitaux doivent disposer d'un concept écrit d'intervention en cas d'urgence qui règle notamment la collaboration avec un hôpital de soins aigus. Le concept est adapté au minimum tous les deux ans. Tous les collaborateurs ont connaissance de ce concept.

3.1.2 Exigences en matière d'économicité

L'établissement fournit des garanties suffisantes en termes de pérennité et de solvabilité, respecte les principes comptables reconnus par le canton et transmet annuellement ses états financiers. De plus, il démontre annuellement l'économicité de ses prestations, livre annuellement son budget d'investissements, transmet l'évolution de ses coûts pour les cinq dernières et prochaines années et respecte les dispositions du droit des marchés publics.

3.2 Exigences spécifiques

Selon les différents domaines, des exigences spécifiques liées à la prestation doivent être remplies :

Structure du personnel : Selon le type de prestations psychiatriques, un ou une médecin spécialiste doit être présent-e. Des psychologues cliniques, du personnel spécialisé pour les soins infirmiers, des collaborateurs du service social ainsi que des ergothérapeutes doivent être employés par l'établissement.

Disponibilité : Le ou la médecin de garde ainsi que le personnel soignant doivent être disponibles 24 heures sur 24. Un service d'urgence organisé 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 doit exister au sein de l'établissement. En outre, il existe différents niveaux de disponibilité pour les médecins du service de piquet (15 ou 120 minutes) et pour les médecins spécialistes (60 ou 120 minutes). Un service d'admission organisé, 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 doit exister au sein de l'établissement.

Autres exigences : Selon le type de prestations psychiatriques, d'autres exigences sont demandées comme par exemple une collaboration formelle avec un hôpital de soins somatiques aigus, des infrastructures et des équipements pour des électroencéphalogrammes, des services de consultation (en pédiatrie, en gériatrie, en neurologie, etc.), des chambres d'enfants, différentes coopérations (avec la police, la justice, les soins à domicile, les établissements médico-sociaux, etc.) ou des espaces de déambulation.



4. Evaluation des offres

Trois établissements ont déposé une offre de prestations en psychiatrie à partir de 2015, à savoir :

- > Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM)
- > Hôpital fribourgeois (HFR)
- > Privat Klinik Meiringen

A noter que l'HFR postule uniquement pour la pédopsychiatrie et que cette offre a été faite en collaboration avec le RFSM.

Tableau 16 : Postulations des différents établissements pour les soins en psychiatrie

Groupes de prestations	RFSM	HFR	Privat Klinik Meiringen
Pédopsychiatrie (0-17ans)			
Psychiatrie adulte (18-64 ans)			
Psychogériatrie (65 ans et plus)			

4.1 Respect des exigences

Tous les dossiers de postulation ont été analysés quant à leur exhaustivité. Pour la plupart de dossiers, des compléments d'information ont été demandés.

Fait partie des exigences générales l'obligation d'admission selon article 41a alinéa 1 LAMal qui oblige tous les hôpitaux au bénéfice d'un mandat de prestations de prendre en charge toutes les personnes domiciliées dans le canton. Tous les établissements qui ont postulé ont confirmé qu'ils vont prendre en charge toutes et tous les patient-e-s, indépendamment de leur statut d'assurance, dans la limite de leur mandat de prestations et de leurs capacités.

Tous les établissements ont également confirmé vouloir respecter les dispositions en matière de financement conformément à la loi du 4 novembre 2011 concernant le financement des hôpitaux et des maisons de naissance, notamment l'article 3 alinéa 1

4.1.1 Exigences en matière de qualité

La vérification des exigences en matière de qualité a relevé que les établissements qui ont postulé remplissent déjà aujourd'hui largement ces exigences.

Le RFSM doit encore mettre sur place un concept d'intervention écrit en cas d'urgence. De plus, il doit mettre sur place un concept global de prévention en ce qui concerne l'hygiène hospitalière et l'infectiologie.

L'HFR doit encore rédiger un concept d'assurance qualité englobant toutes les démarches déjà mises en place en matière de qualité, ces concepts de qualité existent dans certains services. Un projet pour les consolider et les généraliser à toute l'institution est en cours. Cet établissement finalisera ces travaux pendant le premier semestre 2015.



4.1.2 Exigences en matière d'économicité

Selon les nouveaux critères de planification, le canton doit évaluer l'efficacité des prestataires de soins. Une évaluation des exigences - en termes de transmissions de documents comptables, de maîtrise des coûts, etc. - a été faite uniquement avec l'appréciation des documents transmis.

Tout comme pour les domaines des soins aigus et de la réadaptation, le canton n'a pas analysé en détail la question de l'économicité des coûts des établissements hors canton, les cantons d'implantation étant mieux à même de juger de cette question. Ainsi, le seul établissement ayant postulé a été jugé économique par le canton d'implantation dans le cadre des procédures d'approbation tarifaires.

Appréciation des documents transmis

Dans le cadre de l'appel d'offres, les postulants ont dû démontrer le respect des exigences relatives à l'économicité en premier lieu par la transmission de documents détaillés comme une comptabilité, des rapports, des budgets d'investissements, etc.

La vérification des documents transmis dans le cadre de l'analyse de l'économicité de l'HFR ayant déjà été documentée dans le cadre de l'évaluation de son offre pour les soins aigus, les résultats ne sont pas répétés ici. Etant donné qu'il s'agit d'une nouvelle prestation pour l'HFR, les données économiques concernant la prestation de pédopsychiatrie ne sont pas disponibles. Par conséquent, l'économicité de cette prestation sera évaluée ultérieurement. Ainsi, seule l'économicité du RFSM sera analysée dans ce chapitre.

Chaque document transmis a été soigneusement analysé et évalué. L'exigence est considérée comme remplie lorsque les principaux éléments demandés apparaissent dans le document. Si certaines exigences ne sont pas remplies, cela ne signifie pas forcément un non-respect de l'ensemble des exigences en matière d'économicité.

Les résultats relatifs à l'appréciation des documents transmis se trouvent dans le tableau ci-dessous. Les cases vert foncé indiquent quelle exigence est remplie par l'hôpital. Les cases vert clair indiquent quelle exigence est partiellement remplie et les cases jaunes indiquent que l'exigence n'est pas remplie.

Ces engagements pourraient faire l'objet d'audit sur site pour constater si les exigences sont réellement respectées.



Tableau 17 : Evaluation des documents transmis par le RFSM pour les exigences économicité

	RFSM
L'hôpital fournit des garanties suffisantes en termes de pérennité et de solvabilité	
L'hôpital respecte les principes comptables reconnus par le canton.	
L'hôpital fournit annuellement sa situation financière au SSP.	
L'hôpital démontre annuellement l'économicité de ses prestations.	
L'hôpital fournit annuellement le budget d'investissements.	
L'hôpital facture dans un délai permettant de garantir un fonds de roulement.	
L'hôpital transmet l'évolution de ses coûts (coûts par journée LAMal) sur les 5 dernières années et les prévisions pour les 5 prochaines années.	
L'hôpital respecte les dispositions de la législation sur les marchés publics pour l'adjudication de fournitures, de services et de constructions.	
Respect des exigences d'économicité	

Au final, le RFSM a fourni des documents qui attestent des démarches entreprises pour une fourniture économique de ses prestations.

Comparaison des coûts par journée et de son évolution moyenne par année

Une analyse comparative des coûts par journée et de l'évolution des coûts par journée pour les cinq dernières et prochaines années n'est pas réalisable au vu qu'un seul établissement a postulé pour les prestations psychiatriques.

De plus, au vu de l'introduction prévue en 2018 de la nouvelle structure tarifaire uniforme pour toute la Suisse pour les soins psychiatriques, il est prématuré de tirer des conclusions sur la base d'une comparaison des coûts. Cette comparaison sera faite ultérieurement, après l'introduction de la nouvelle structure tarifaire nationale de psychiatrie.

Néanmoins, il a été procédé à une analyse et à une plausibilisation des coûts. Comme base pour cette analyse, la transmission d'une comptabilité analytique 2013 (modèle ITAR-K ou autre modèle reconnu) a été exigée par le canton.

La méthode de détermination des coûts retenue par le canton s'est basée en majeure partie sur les recommandations de la CDS concernant l'examen de l'économicité. Les coûts non imputables pour les prestations stationnaires LAMal ont été déduits. En outre, les coûts qui sont indemnisés séparément ou qui amèneraient des biais dans les comparaisons (par exemple, ne pas péjorer un établissement qui formerait plus qu'un autre) ne sont pas pris en compte. Ainsi, les coûts suivants ont été déduits du total des coûts d'exploitation de l'établissement :

- > les coûts d'utilisation des immobilisations ;
- > les coûts des prestations à des tiers et ambulatoires ;
- > les coûts des rémunérations supplémentaires (dialyses, facteurs coagulants, etc.) ;
- > les coûts de l'enseignement universitaire et de la recherche ;



- > les honoraires des médecins en division semi-privée et privée (assurance complémentaire) ;
- > les coûts relatifs à la division semi-privée et privée (assurance complémentaire)

Les coûts restants, soit ceux reconnus pour la planification, ont été divisés par le nombre de journées pour ainsi obtenir un coût par journée. L'analyse des coûts permet d'estimer que le RFSM offre des prestations économiques.

4.1.3 Respect des exigences spécifiques

Le RFSM doit encore, à moyen terme (2 ans), mettre sur place une collaboration formelle avec l'HFR par des conventions écrites concernant les services de gynécologie, de gériatrie et de neurologie. De plus, le RFSM ne dispose pas d'une "offres de traitement relatives aux interactions mère-enfant", les cas nécessitant une telle offre étant trop rares. Toutefois, le RFSM s'engage à trouver une solution adéquate au cas où une telle situation se présente.

L'HFR doit encore mettre en place un dispositif scolaire en milieu hospitalier pour les cas de pédopsychiatrie, comme pour tous les cas de pédiatrie.

4.2 Attribution des prestations et projet de liste hospitalière

La procédure d'attribution des groupes de prestations aux différents établissements de psychiatrie peut être décrite comme il suit :

- > Les établissements doivent respecter les exigences spécifiques par groupe de prestations.
- > Les prestations pour lesquelles un seul établissement n'arrive pas à fournir le volume sont attribuées à plusieurs établissements.

Le tableau suivant représente le résultat de l'attribution des groupes de prestations. Les chiffres indiqués sont des volumes de journées d'hospitalisations pouvant être pris en charge par l'établissement en 2015 et sont uniquement un instrument permettant de s'assurer que la liste hospitalière couvre les besoins en soins de la population et garantit ainsi l'accès aux soins. Pour un groupe donné, l'addition des volumes attribués aux différents établissements devrait donc se rapprocher des besoins à l'horizon 2020 publiés dans le rapport sur l'évaluation des besoins²².

Tableau 18 : Attribution des groupes de prestations en psychiatrie

	RFSM	HFR	Privat Klinik Meiringen	Besoins évalués 2020
Pédopsychiatrie (0-17ans)	2'900	1'500	--	3'313
Psychiatrie adulte (18-64 ans)	41'500	--	4'000	53'762
Psychogériatrie (65 ans et plus)	16'000	--	--	19'427

²² Evaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2015, Fribourg, 2014



Les besoins évalués en soins de la pédopsychiatrie, attribués au RFSM et à l'HFR, sont couverts.

Malgré l'attribution de la psychiatrie adulte aux deux établissements ayant postulé pour cette groupe de prestations (RFSM et Privat Klinik Meiringen), les besoins évalués ne sont pas couverts. Il en va de même pour la psychogériatrie, où le RFSM est le seul établissement à avoir postulé. Cette situation sera suivie de près.

Les *établissements hospitaliers du nord vaudois* (eHnv) reçoivent un mandat de prestations pour la prise en charge de personnes souffrant d'anorexie - boulimie. Les eHnv exploitent sur le site de St-Loup à Pompales le Centre vaudois anorexie boulimie (abC), en collaboration avec le CHUV. Le Conseil d'Etat du canton de Fribourg a conclu en 2014 un accord avec le Conseil d'Etat du canton de Vaud sur le centre intercantonal de traitement des troubles de l'anorexie-boulimie reconnaissant l'abC en tant que centre de référence francophone pour la prise en charge des patient-e-s domicilié-e-s dans le canton de Fribourg.



F. Perspectives

1. Consultation et approbation de la liste hospitalière 2015

Le présent rapport et le projet de liste hospitalière ont été mis en consultation du 15 décembre 2014 au 19 janvier 2015 auprès des établissements qui ont déposé une offre, les cantons où se situent ces établissements et santé suisse, les assureurs-maladie. Les réponses à cette consultation ont été analysées et des modifications mineures ont été apportées aux deux documents. Le Conseil d'Etat avec l'avis du Grand Conseil devrait approuver la liste hospitalière 2015 à fin mars 2015. Cette liste remplacera l'ordonnance du 31 janvier 2012 fixant la liste des hôpitaux et des maisons de naissance. La nouvelle liste hospitalière n'aura pas d'effet rétroactif. L'ordonnance du 31 janvier 2012 restera en vigueur le temps que la nouvelle liste soit approuvée.

Au vu de la nouvelle méthode utilisée et des changements adoptés dans la liste par rapport à la précédente, le Conseil d'Etat entend donner aux hôpitaux un délai de mise en œuvre de 6 mois, pour leur permettre de procéder aux adaptations nécessaires, notamment en ce qui concerne la formalisation des conventions de collaboration avec un autre établissement pour une prestation déterminée.

2. Contrôle des mandats de prestations

Les mandats de prestations attribués par la liste hospitalière 2015 feront l'objet d'un contrôle de la part de l'Etat, contrôle fondé sur les données de la statistique médicale de l'Office fédérale de Statistique tenues par tous les établissements. Si un établissement a des cas dans des groupes de prestations pour lesquels il n'a pas de mandat, ces cas feront l'objet d'une analyse approfondie. Certains de ces cas pourront être justifiés comme par exemple la prise en charge d'une urgence vitale ou les investigations stationnaires d'un cas polymorbide.

L'Etat vérifiera également que l'établissement satisfait aux exigences fixées lors de l'attribution du mandat, notamment lorsqu'il doit atteindre un nombre minimum de cas.

Les fournisseurs de prestations ont l'obligation d'informer l'Etat dans le cas où ils ne peuvent plus remplir une exigence spécifique, par exemple suite au départ d'un ou d'une médecin spécialiste. Le respect des exigences générales et spécifiques peut faire l'objet d'un contrôle, notamment en cas d'un soupçon d'abus.

3. Planification hospitalière : Une planification dite « roulante »

La planification hospitalière et la liste hospitalière ne sont pas statiques. Elles seront régulièrement actualisées; il s'agira en particulier de vérifier la pertinence des mandats de prestations attribués. De plus, les groupes de prestations pourront être actualisés en fonction d'éventuels développements médicaux et des systèmes de classification médicale telle que CHOP, ICD et ICF.

Par ailleurs, la possibilité est donnée aux fournisseurs de prestations d'en développer de nouvelles. Pour cela un établissement doit soumettre un projet concret démontrant qu'il remplit toutes les exigences requises afin de permettre à l'Etat d'analyser cette demande.



La même politique s'appliquerait à tout nouvel établissement qui désirerait fournir des prestations LAMal dans le canton de Fribourg.



G. Annexes

1. Vue globale exigences spécifiques en soins somatiques aigus

Domaines de prestations	Exigences spécifiques des groupes de prestations										
	Groupes de prestations		Titre de spécialiste / formation approfondie FMH	Disponibilité	Service des urgences	Unité des soins intensifs	Lien				Autres exigences
	Sigle	Désignations					Paquet de base	En interne uniquement	En interne ou en coopération	Tumorboard	
Paquet de base	BP	Paquet de base	Base médecine interne et chirurgie	1	1	1					
Paquet de base programmé	BPE	Paquet de base programmé	En fonction du groupe de prestations	2		1			BP		
Dermatologie	DER1	Dermatologie (y c. vénéréologie)	(Dermatologie et vénéréologie)	1	2	1	BP				
	DER1.1	Oncologie dermatologique	(Dermatologie et vénéréologie)			1	BP	ONK1		TUB	10
	DER1.2	Affections cutanées graves	(Dermatologie et vénéréologie)	2	2	2	BP				
	DER2	Traitement des plaies					BPE/BP				Centre ambulatoire de traitement des plaies
Oto-rhino-laryngologie	HNO1	Oto-rhino-laryngologie(chirurgie ORL)	(Oto-rhino-laryngologie)	2		1	BPE/BP				
	HNO1.1	Chirurgie cervico-faciale	(Oto-rhino-laryngologie)	2		1	BPE/BP				
	HNO1.1.1	Interventions ORL complexes (chirurgie tumorale interdisciplinaire)	(Oto-rhino-laryngologie, y c. formation approfondie en chirurgie cervico-faciale)	2		2	BPE/BP	KIE1		TUB	
	HNO1.2	Chirurgie élargie du nez et des sinus	(Oto-rhino-laryngologie)	2		1	BPE/BP				
	HNO1.2.1	Chirurgie élargie du nez et des sinus avec ouverture de la dure-mère (chirurgie interdisciplinaire de la base du crâne)	(Oto-rhino-laryngologie, y c. formation approfondie en chirurgie cervico-faciale)	2		1	BP	NCH1			
	HNO1.3	Chirurgie de l'oreille moyenne (tympanoplastie, chirurgie mastoïdienne, ossiculoplastie y c. chirurgie stapédienne)	(Oto-rhino-laryngologie)	2		1	BPE/BP				
	HNO1.3.1	Chirurgie élargie de l'oreille interne et/ou ouverture de la dure-mère	(Oto-rhino-laryngologie, y c. formation approfondie en chirurgie cervico-faciale)	2		1	BP	NCH1			
	HNO1.3.2	Implants cochléaires (CIMHS)	Oto-rhino-laryngologie	2		1	BP				
	HNO2	Chirurgie de la thyroïde et des parathyroïdes	(Oto-rhino-laryngologie) (Chirurgie)	2		1	BPE/BP		END1 + NUK1		
	KIE1	Chirurgie maxillaire	(Chirurgie maxilo-faciale) (Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique)	2		1	BPE/BP			TUB	
Neurochirurgie	NCH1	Neurochirurgie crânienne	Neurochirurgie	2	2	2	BP	HNO1 + NEU1 + RAD1		TUB	
	NCH1.1	Neurochirurgie spécialisée	Neurochirurgie	3	3	3	BP	AUG1 + END1		TUB	10
	NCH2	Neurochirurgie spinale	(Neurochirurgie)	2		1	BPE/BP		BEW8		
	NCH3	Neurochirurgie périphérique	(Neurochirurgie)	2		1	BPE/BP		BEW1 ou BEW2 ou BEW3		
Neurologie	NEU1	Neurologie	Neurologie	2	2	2	BP				
	NEU2	Tumeur maligne secondaire du système nerveux	Médecine interne Neurologie Radio-oncologie Oncologie médicale	2	2		BP			TUB	
	NEU2.1	Tumeur primaire du système nerveux (sans patients palliatifs)	Neurologie Neurochirurgie	2	2		BP	NEU1 + NCH1		RAD1 + RAO1	TUB
	NEU3	Maladies cérébrovasculaires	Neurologie Médecine interne	2	2	2	BP		NEU3.1		Liaison télé-médicale à un Stroke Center, CT-scan ou RM avec la possibilité de faire des angiographies 24/24, certification NIH-Stroke Scale des médecins traitants, saisie de tous les patients dans un registre national unique (probablement le registre Swiss Stroke)
	NEU3.1	Maladies cérébrovasculaires avec stroke unit (CIMHS)	Neurologie Neurochirurgie	3	3	2	BP	GEF3+ANG3 +GEF4+ANG4 + RAD1+NCH1			Certification Stroke Center
	NEU4	Epileptologie: diagnostic complexe	Neurochirurgie	2					NCH1.1		10
	NEU4.1	Epileptologie: traitement complexe	(Neurologie)	2							10
Ophtalmologie	AUG1	Ophtalmologie	(Ophtalmologie, y c. formation approfondie en ophtalmochirurgie)	2		1	BPE/BP				
	AUG1.1	Strabologie	(Ophtalmologie, y c. formation approfondie en ophtalmochirurgie)	2		1	BPE/BP				
	AUG1.2	Orbite, Paupières, Voies lacrymales	(Ophtalmologie, y c. formation approfondie en ophtalmochirurgie)	2		1	BPE/BP				
	AUG1.3	Chirurgie spécialisée du segment antérieur	(Ophtalmologie, y c. formation approfondie en ophtalmochirurgie)	2		1	BPE/BP				
	AUG1.4	Cataracte	(Ophtalmologie, y c. formation approfondie en ophtalmochirurgie)	2		1	BPE/BP				
	AUG1.5	Affections du corps vitré de la cornée	(Ophtalmologie, y c. formation approfondie en ophtalmochirurgie)	2		1	BPE/BP				
Endocrinologie	END1	Endocrinologie	(Endocrinologie/diabétologie)	1	1	1	BP				Consultation en nutrition et diabétologie
Gastroentérologie	GAE1	Gastroentérologie	(Gastroentérologie)	2	2	1	BP		VIS1	TUB	
	GAE1.1	Gastroentérologie spécialisée	Gastroentérologie	2	2	2	BP			TUB	
Chirurgie viscérale	VIS1	Chirurgie viscérale	(Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie viscérale)	2	2	1	BP	GAE1		TUB	
	VIS1.1	Interventions majeures sur le pancréas (CIMHS)	Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie viscérale	2	2	2	BP	GAE1.1	END1 + VIS1.2	TUB	10
	VIS1.2	Interventions majeures sur le foie (CIMHS)	Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie viscérale	2	2	2	BP	GAE1.1	END1 + VIS1.1	TUB	10
	VIS1.3	Chirurgie de l'œsophage (CIMHS)	Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie viscérale	2	2	3	BP			TUB	10
	VIS1.4	Chirurgie bariatrique	Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie viscérale	2	2	1	BP		END1		Certification SMOB centre primaire
	VIS1.4.1	Chirurgie bariatrique spécialisée (CIMHS)	Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie viscérale	2	2	2	BP				Certification SMOB centre de référence
	VIS1.5	Interventions sur le bas rectum (CIMHS)	Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie viscérale	2	2	2	BP			TUB	10
Hématologie	HAE1	Lymphomes agressifs et leucémies aiguës	Hématologie Oncologie médicale Médecine interne	1	1	2	BP	ONK1		TUB	
	HAE1.1	Lymphomes très agressifs et leucémies aiguës avec chimiothérapie curative	Hématologie Oncologie médicale	1	1	2	BP	ONK1		TUB	10
	HAE2	Lymphomes indolents et leucémies chroniques	Hématologie Oncologie médicale Médecine interne	1	1	1	BP	ONK1		TUB	
	HAE3	Affections myéloprolifératives et syndromes myélodysplasiques	Hématologie Oncologie médicale Médecine interne	1	1	1	BP			TUB	
	HAE4	Transplantation autologue de cellules souches hématopoïétiques	(Oncologie médicale) (Hématologie)	2	2	2	BP				10
	HAE5	Transplantation allogénique de cellules souches hématopoïétiques (CIMHS)	Hématologie Oncologie médicale	2	2	3	BP				Accréditation JACIE



Domaines de prestations	Groupes de prestations		Exigences spécifiques des groupes de prestations										Autres exigences
	Sigle	Désignations	Titre de spécialiste / formation approfondie FMH	Disponibilité	Service des urgences	Unité des soins intensifs	Paquet de base	En interne uniquement	En interne ou en coopération	Tumorbord	Nombre min. de cas		
	GEF1	Chirurgie vasculaire périphérique (artérielle)	(Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie vasculaire) (Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, y c. formation approfondie en chirurgie vasculaire)	2	2	1	BP	ANG1 + RAD1			10	conférence interdisciplinaire d'indication (CHV/ANG)	
	ANG1	Interventions sur les vaisseaux périphériques (artérielles)	(Angiologie) (Radiologie) (Cardiologie)	2	2	1	BP	RAD1	GEF1			conférence interdisciplinaire d'indication (CHV/ANG)	
	GEF2	Chirurgie des vaisseaux intra-abdominaux	Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie vasculaire Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, y c. formation approfondie en chirurgie vasculaire	3	3	2	BP	ANG2 + RAD1	HER1.1		10 (resp. 20 avec ANG2)	conférence interdisciplinaire d'indication (CHV/ANG)	
	ANG2	Interventions sur les vaisseaux intra-abdominaux	Angiologie Radiologie Cardiologie	3	3	2	BP	GEF2 + RAD1	HER1.1		10 (resp. 20 avec GEF2)	conférence interdisciplinaire d'indication (CHV/ANG)	
	GEF3	Chirurgie carotidienne	(Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie vasculaire) (Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, y c. formation approfondie en chirurgie vasculaire)	2	2	2	BP	NEU1 + RAD1	HER1.1 + ANG3		10 (resp. 20 avec ANG3)	conférence interdisciplinaire d'indication (CHV/ANG)	
	ANG3	Interventions sur la carotide et les vaisseaux extracrâniens	(Angiologie) (Radiologie) (Cardiologie)	2	2	2	BP	NEU1 + GEF3 + RAD1	HER1.1		10 (resp. 20 avec GEF3)	conférence interdisciplinaire d'indication (CHV/ANG)	
	GEF4	Chirurgie vasculaire des vaisseaux intracrâniens (interventions électives, excl. AVC)	Neurochirurgie	3	3	2	BP	NEU3.1 + ANG4 + NCH1.1 + NEU1 + RAD1	HER1.1		10 (resp. 20 avec ANG4)	conférence interdisciplinaire d'indication (CHV/ANG)	
	ANG4	Interventions sur les vaisseaux intracrâniens (interventions électives, excl. AVC)	Radiologie, y c. formation approfondie en neuroradiologie invasive	3	3	2	BP	NEU3.1 + GEF4 + NEU1 + RAD1			10 (resp. 20 avec GEF4)	conférence interdisciplinaire d'indication (CHV/ANG)	
	RAD1	Radiologie interventionnelle (ou seulement diagnostique pour les vaisseaux)	Radiologie	2	2	1	BP						
	HER1	Chirurgie cardiaque simple	Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	3	3	3	BP	HER1.1					
	HER1.1	Chirurgie cardiaque et chirurgie vasculaire avec machine cœur-poumons (sans chirurgie coronarienne)	Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	3	3	3	BP	KAR1.1 + KAR1.1.1					
	HER1.1.1	Chirurgie coronarienne (PAC)	Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	3	3	3	BP				100		
	HER1.1.2	Chirurgie cardiaque congénitale complexe	Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique Cardiologie	3	3	3	BP				10		
	HER1.1.3	Chirurgie et interventions de l'aorte thoracique	Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	3	3	3	BP						
	HER1.1.4	Chirurgie de la valve aortique	Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	3	3	3	BP						
	HER1.1.5	Chirurgie de la valve mitrale	Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	3	3	3	BP						
	KAR1	Cardiologie (y c. stimulateur cardiaque)	Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique Cardiologie et Médecine interne	2	2	2	BP		KAR1.1 + KAR1.1.1				
	KAR1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions coronariennes)	Cardiologie	3	3	2	BP		HER1.1				
	KAR1.1.1	Cardiologie interventionnelle (interventions spéciales)	Cardiologie	3	3	3	BP	HER1.1			10		
	KAR1.2	Electrophysiologie (ablations)	Cardiologie	2	2	2	BP		HER1.1				
	KAR1.3	Défibrillateur implantable (ICD) / Pacemaker biventriculaire (CRT)	Cardiologie Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique	2	2	2	BP		HER1.1			Adhérence aux directives de la Société Suisse de Cardiologie sur la thérapie par défibrillateur. Tenue d'un registre des activités. Concept spécifique de collaboration avec HER1.1. Garantie d'une prise en charge des patients 24h sur 24.	
Néphrologie	NEP1	Néphrologie (défaillance rénale aiguë et insuffisance rénale chronique terminale)	(Néphrologie) Médecine intensive	2	2	2	BP		VIS1 + GEF1 + ANG1 + RAD1			Dialyse ambulatoire et dialyse péritonéale	
Urologie	URO1	Urologie sans titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	(Urologie)	2		1	BPE/BP			TUB			
	URO1.1	Urologie avec titre de formation approfondie 'Urologie opératoire'	(Urologie, y c. formation approfondie en urologie opératoire)	2		1	BPE/BP						
	URO1.1.1	Prostatectomie radicale	(Urologie, y c. formation approfondie en urologie opératoire)	2		1	BPE/BP			TUB	10		
	URO1.1.2	Cystectomie radicale	(Urologie, y c. formation approfondie en urologie opératoire)	2		2	BPE/BP			TUB	10		
	URO1.1.3	Chirurgie complexe des reins (néphrectomie pour tumeur et résection partielle du rein)	(Urologie, y c. formation approfondie en urologie opératoire)	2		2	BPE/BP			TUB	10		
	URO1.1.4	Surrénalectomie isolée	(Urologie, y c. formation approfondie en urologie opératoire) (Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie viscérale)	2		2	BPE/BP		END1				
	URO1.1.5	Plastie reconstructive de la jonction vésico-urétérale	(Urologie, y c. formation approfondie en urologie opératoire)	2		1	BPE/BP						
	URO1.1.6	Plastie reconstructive de l'urètre	(Urologie, y c. formation approfondie en urologie opératoire)	2		1	BPE/BP						
	URO1.1.7	Implantation d'un sphincter urinaire artificiel	(Urologie, y c. formation approfondie en urologie opératoire)	2		1	BPE/BP						
	URO1.1.8	Néphrostomie percutanée avec fragmentation de calculs	(Urologie, y c. formation approfondie en urologie opératoire)	2		1	BPE/BP	RAD1					
Pneumologie	PNE1	Pneumologie	(Pneumologie)	1	1	1	BP		THO1.1	TUB		Possibilité de surveillance continue des patients, d'intubation et de ventilation mécanique momentanée	
	PNE1.1	Pneumologie avec assistance ventilatoire spéciale	Pneumologie	1	1	1	BP						
	PNE1.2	Evaluation avant ou status après transplantation	Pneumologie	2	2	2	BP	TPL2					
	PNE1.3	Mucoviscidose	Pneumologie	2	2	2	BP	THO1 + END1 + HNO1.2 + GAE1	TPL2			Centre de mucoviscidose avec personnel multidisciplinaire spécialisé en mucoviscidose ainsi qu'un spécialiste en mucoviscidose comme responsable médical ; physiothérapie ; conseil en nutrition etc.	
	PNE2	Polysomnographie	Attestation de formation complémentaire en médecine du sommeil avec titre de spécialiste en pneumologie, en neurologie ou en psychiatrie et psychothérapie			1						Centre du sommeil accrédité par la SSRMSC	
Chirurgie thoracique	THO1	Chirurgie thoracique	Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie thoracique	2	2	2	BP	PNE1					
	THO1.1	Néoplasmes malins du système respiratoire (résection curative par lobectomie / pneumonectomie)	Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie thoracique	2	2	3	BP			TUB	30		
	THO1.2	Chirurgie du médiastin	Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie thoracique	2	2	3	BP						



Domaines de prestations	Groupes de prestations		Exigences spécifiques des groupes de prestations									
	Sigle	Désignations	Titre de spécialiste / formation approfondie FMH	Disponibilité	Service des urgences	Unité des soins intensifs	Lien					Autres exigences
							Paquet de base	En interne uniquement	En interne ou en coopération	Tumorboard	Nombre min. de cas	
Transplantations	TPL1	Transplantations cardiaques (CIMHS)		3	3	3	BP					
	TPL2	Transplantations pulmonaires (CIMHS)		3	3	3	BP					
	TPL3	Transplantations hépatiques (CIMHS)		3	3	3	BP					
	TPL4	Transplantations pancréatiques (CIMHS)		3	3	3	BP					
	TPL5	Transplantations rénales (CIMHS)		3	3	3	BP					
	TPL6	Transplantations intestinales		3	3	3	BP					
	TPL7	Transplantation de rate		3	3	3	BP					
Orthopédie	BEW1	Chirurgie de l'appareil locomoteur	(Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) (Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie générale et traumatologie)	2		1	BPE/BP					
	BEW2	Orthopédie	(Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur)	2		1	BPE/BP					
	BEW3	Chirurgie de la main	(Chirurgie de la main)	2		1	BPE/BP					Centre ambulatoire spécialisé en chirurgie de la main
	BEW4	Arthroscopie de l'épaule et du coude	(Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) (Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie générale et traumatologie)	2		1	BPE/BP	BEW1 ou BEW2 ou BEW3				
	BEW5	Arthroscopie du genou	(Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) (Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie générale et traumatologie)	2		1	BPE/BP	BEW1 ou BEW2				
	BEW6	Reconstruction de membres supérieurs	(Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) (Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie générale et traumatologie)	2		1	BPE/BP	BEW1 ou BEW2 ou BEW3				
	BEW7	Reconstruction de membres inférieurs	(Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) (Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie générale et traumatologie)	2		1	BPE/BP	BEW1 ou BEW2				
	BEW8	Chirurgie de la colonne vertébrale	(Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) (Neurochirurgie) (Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie générale et traumatologie)	2		1	BPE/BP	BEW1 ou BEW2 ou NCH2 ou NCH3	RHE1 und NCH2			
	BEW8.1	Chirurgie spécialisée de la colonne vertébrale	(Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) (Neurochirurgie) (Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie générale et traumatologie)	2		1	BPE/BP				10	
	BEW9	Tumeurs osseuses	(Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur)	2		1	BPE/BP	BEW1 ou BEW2 ou NCH2 ou NCH3		TUB	10	
	BEW10	Chirurgie du plexus	(Chirurgie de la main) (Neurochirurgie)	2		1	BPE/BP	BEW1 ou BEW2 ou BEW3 ou NCH3			10	Monitoring préopératoire des nerfs (par la division de neurologie)
	BEW11	Réimplantations	Chirurgie de la main	3	3	2	BP	BEW1 ou BEW2 ou BEW3 et NCH3				Centre ambulatoire spécialisé en chirurgie de la main, monitoring peropératoire des nerfs (par la division de neurologie)
Rhumatologie	RHE1	Rhumatologie	(Rhumatologie) (Rhumatologie et médecine physique et réadaptation)	1		1	BPE/BP		NEU1 + BEW8			
	RHE2	Rhumatologie interdisciplinaire	Rhumatologie Rhumatologie et médecine physique et réadaptation	2	2	2	BP	DER1 + NEU1 + GAE1 + ANG1 + KAR1 + PNE1 + BEW2				
Gynécologie	GYN1	Gynécologie	(Gynécologie et obstétrique)	2		1	BPE/BP					
	GYN1.1	Néoplasmes malins de la vulve et du vagin	(Gynécologie et obstétrique, y c. formation approfondie en oncologie gynécologique) (Gynécologie et obstétrique avec nombre équivalent d'opérations de néoplasmes de la vulve et du vagin)	2		2	BPE/BP		VIS1	TUB		
	GYN1.2	Néoplasmes malins du col de l'utérus	(Gynécologie et obstétrique, y c. formation approfondie en oncologie gynécologique) (Gynécologie et obstétrique avec nombre équivalent d'opérations de néoplasmes du col de l'utérus)	2		2	BPE/BP		VIS1	TUB		
	GYN1.3	Néoplasmes malins du corps utérin	(Gynécologie et obstétrique, y c. formation approfondie en oncologie gynécologique) (Gynécologie et obstétrique avec attestation de 50 lymphadénectomies lors de néoplasmes pelviens)	2		1	BPE/BP		VIS1	TUB		
	GYN1.4	Néoplasmes malins de l'ovaire	(Gynécologie et obstétrique, y c. formation approfondie en oncologie gynécologique) (Gynécologie et obstétrique avec nombre équivalent d'opérations de néoplasmes de l'ovaire)	2		2	BPE/BP		VIS1	TUB		
	GYN2	Néoplasmes malins de la glande mammaire	(Attestation de 50 opérations de néoplasmes de la glande mammaire)	2		1	BPE/BP			TUB		
	PLC1	Interventions liées à la transsexualité	Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique Gynécologie et obstétrique	2		2	BP	GYN1				Endocrinologie gynécologique/prise en charge psychiatrique
Obstétrique	GEBH	Maisons de naissance (à partir de la 37e sem.)							GEB1 + NEO1			Exigences de qualité pour les maisons de naissance
	GEB1	Soins de base en obstétrique (à partir de la 34e semaine et >= 2000g)	(Gynécologie et obstétrique)	4	4	1	BP	NEO1	NEO1.1			Si hospitalisation prénatale, consulter NEO1.1
	GEB1.1	Obstétrique (à partir de la 32e semaine et >= 1250g)	Gynécologie et obstétrique	4	4	2	BP	NEO1.1	GEB1.1.1		1500	concerne somme des cas GEB1 et GEB 1.1
	GEB1.1.1	Obstétrique spécialisée	Gynécologie et obstétrique, y c. formation approfondie en obstétrique et médecine fœto-maternelle	4	4	2	BP	NEO1.1.1				
Nouveau-nés	NEO1	Soins de base aux nouveau-nés (dès âge gestationnel 34 0/7 SA et PN 2000g) (Pédiatrie)	(Gynécologie et obstétrique)	2			BP	GEB1				Autres exigences selon niveau I des Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland
	NEO1.1	Néonatalogie (dès âge gestationnel 32 0/7 SA et PN 1250g)	Pédiatrie, y c. formation approfondie et néonatalogie	4		1	BP	GEB1.1	NEO1.1.1			Autres exigences selon niveau IIB des Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland
	NEO1.1.1	Néonatalogie spécialisée (dès âge gestationnel 28 0/7 SA et PN 1000g)	Pédiatrie, y c. formation approfondie et néonatalogie	4		2	BP	GEB1.1.1	NEO1.1.1.1			Autres exigences selon niveau III des Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland
	NEO1.1.1.1	Néonatalogie très spécialisée (âge gestationnel <28 0/7 SA et PN <1000g)	Pédiatrie, y c. formation approfondie et néonatalogie	4		2	BP	GEB1.1.1				Autres exigences selon niveau III des Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland
(Radio)-oncologie	ONK1	Oncologie	(Oncologie médicale) (Médecine interne)	2	2	1	BP		RAO1 + NUK1	TUB		
	RAO1	Radio-oncologie	Radio-oncologie / radiothérapie	2	2	2	BP	ONK1		TUB		
	NUK1	Médecine nucléaire	Médecine nucléaire			1	BP		END1	TUB		Dispositions de l'OFSP sur la radioprotection



Domaines de prestations	Groupes de prestations		Exigences spécifiques des groupes de prestations									Autres exigences
	Sigle	Désignations	Titre de spécialiste / formation approfondie FMH	Disponibilité	Service des urgences	Unité des soins intensifs	Lien			Tumorboard	Nombre min. de cas	
Traumatismes graves	UNF1	Chirurgie d'urgence (polytraumatismes)	Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie générale et traumatologie Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie vasculaire Chirurgie de la main Médecine intensive Médecine interne	2	3	2	BP	VIS1 + BEW1	NEU1 + THO1			
	UNF1.1	Chirurgie d'urgence spécialisée (traumatismes crânio-cérébraux)	Chirurgie, y c. formation approfondie en chirurgie générale et traumatologie Neurochirurgie	3	3	3	BP	BEW1 + NCH1				
	UNF2	Brûlures étendues (CIMHS)		3	3	3	BP					
Pédiatrie	KINM	Pédiatrie	Pédiatrie	2	2	2	BP					Clinique pédiatrique
Chirurgie pédiatrique	KINC	Chirurgie pédiatrique	Chirurgie pédiatrique	2	2	2	BPE/BP					Clinique pédiatrique et anesthésie pédiatrique
	KINB	Chirurgie pédiatrique de base		2	2	1	BPE/BP					Anesthésie pédiatrique (enfants de moins de 6 ans) prête à intervenir
Gériatrie	GER	Centre de compétence en gériatrie aigüe	Médecine générale, y c. formation approfondie en gériatrie	1		1						Spécialiste en gériatrie ou Médecine générale, y c. formation approfondie

2 Exigences pour les soins intensifs niveau 1

Une unité de surveillance (selon SI Niveau 1) est obligatoire pour :

- > La surveillance post-opératoire des patient-e-s (en premier lieu les interventions programmées)
- > La prise en charge des patient-e-s des urgences (PB)
- > La prise en charge des patient-e-s d'une unité de soins

Base :

1. En cas de besoin, l'unité doit être opérationnelle 24h/24h et 7j/7j.
2. L'hôpital dispose d'une convention de coopération avec un hôpital disposant des soins intensifs de niveau 2 pour les transferts immédiats de patient-e-s.
3. L'hôpital ne traite que les cas ASA I – II ou des cas stables ASA III (pas de patient-e-s à risque).
4. La nécessité d'une surveillance fréquente et / ou d'un soutien respiratoire après l'intervention n'est pas prévisible avant l'opération.

Personnel spécialisé :

5. La responsabilité des soins incombe à l'anesthésiste en collaboration avec d'autres disciplines spécialisées (chirurgie, médecine). Cela concerne la sécurité des patient-e-s pour les interventions programmées ainsi que la prise en charge des patient-e-s venant des urgences ou d'une unité de soins en considérant l'état de santé du ou de la patient-e et de l'infrastructure de l'hôpital.
6. Le responsable médical doit s'assurer que, pendant les heures de service, un ou une médecin avec expérience (minimum 2 ans comme anesthésiste ou 6 mois en soins intensifs) est disponible à l'interne en moins de 5 minutes.
7. Un représentant médical de la discipline principale (respectivement l'opérateur, en cas de transfert de l'unité des soins) qui a transféré le ou la patient-e dans l'unité de surveillance doit en tout temps être accessible et l'intervention doit être possible au maximum en une heure.
8. Les soignant-e-s disposent d'une année d'expérience en salle de réveil, en soins intensifs, en anesthésie ou en urgence.

L'hôpital remplit les exigences suivantes (en s'inspirant des directives IMC)

9. Les examens de radiologie conventionnelle sont disponibles 24/24.
10. Des examens en laboratoire comme la chimie, hématologie, coagulation sanguine et médecine de transfusion, analyses des gaz sanguins, sont disponibles 24/24.



11. L'unité dispose d'un nombre suffisant d'appareils et de systèmes de surveillance :
surveillance permanente de l'ECG et de la pression artérielle et veineuse invasive ;
oxymétrie pulsée
12. L'unité dispose d'un électrocardiogramme à 12 dérivations, d'un défibrillateur-stimulateur cardiaque externe, de pompes à perfusion et poussettes-seringue, du matériel d'intubation et respirateurs
13. Les mesures d'urgences médicales (réanimation, intubation, insertion de cathéters artériels et centraux, drainages thoraciques etc.) peuvent être exécutées en tout temps.
14. Le monitoring (selon le standard SGAR) est garanti.
15. Surveillance centrale avec contact visuel avec toutes et tous les patient-e-s (> à 4 places p.ex. monitoring).
16. Au minimum 2 raccords d'oxygène, en cas de besoin de raccords supplémentaires mobiles par lit.
17. Au minimum 2 raccords mobiles de prises de vide.
18. L'unité de surveillance est une unité en soi.

4. Attribution des différents groupes de prestations

[illegible]

[illegible]



5. Bibliographie

Association suisse des infirmières et infirmiers, Association suisse des services d'aide et de soins à domicile, Forum helvétique sur l'accueil prolongé des personnes âgées, Financement des soins : Points de vue conjoints des fournisseurs de prestations, Berne / Zurich, 2004, page 18.

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière d'après la révision de la LAMal sur le financement hospitalier du 21.12.2007, http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Empfehlungen/EM_Spitalplanung_20090514-f.pdf, Berne, 2009.

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Instruments pour la mise en œuvre de la planification hospitalière 2012, http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Themen/Spitalplanung/Leistungsgruppen/NZ_Leistungsgruppen_20110215_f.pdf, Berne, 2011.

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), *Guide „Planification de la psychiatrie“*, Rapport du groupe de travail "Planification hospitalière", Berne, 2008.

Evaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2015, Fribourg, 2014, http://www.fr.ch/ssp/fr/pub/hopitaux/planification_hospitaliere.htm

Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion, Generalsekretariat, Zürcher Spitalplanung 2012 – Strukturbericht, Zürich, 2011.

Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion, Behörden & Politik, Spitalplanung-Leistungsgruppen (SPLG)

http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_leistungsgruppen.html

Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) du 27 juin 1995, Modification du 1er janvier 2009, Teneur des modifications et commentaire, p. 8.

Planification de la santé mentale et de la psychiatrie du canton du Valais 2010-2015, Eric Bonvin, Valais, 2010.

Tribunal administratif fédéral, Jugement du 7 juin 2012 (C-325/2010), Cliniques privées contre le Conseil exécutif du canton de Berne.

WHO : *Disability prevention and rehabilitation* . Technical Report Series 668. Genève. 1981



6. Glossaire et Tables

6.1 Glossaire et abréviations

CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CHOP	Classification suisse des interventions chirurgicales
CIM / ICD	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé apparentés (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
Durée moyenne de séjour (DMS)	Calcul par division : journées d'hospitalisation / nombre d'hospitalisations
Hospitalisations	Nombre de cas hospitalisés pour une prestation déterminée.
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994
OAMal	Ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques (Organisation for Economic Cooperation and Development)
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
PB	Paquet de base
Percentile	En statistique descriptive, un percentile est chacune des 99 valeurs qui divisent les données triées en 100 parts égales, de sorte que chaque partie représente 1/100 de toutes les données. Le 50 ^{ème} percentile est la médiane.
Solde migratoire	Différence entre les arrivées (immigrations) et les départs (émigrations) d'habitant-e-s sur un territoire donné
SPLG ou GPPH	Spitalplanungsleistungsgruppen ou Groupes de prestations pour la planification hospitalière L'attribution des prestations médicales à des groupes de prestations pour la planification hospitalière se base sur la Classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) et sur la Classification internationale des maladies (CIM).
Groupeur GPPH	Le Groupeur GPPH est un algorithme qui traite les données d'hospitalisation par année et les attribue à un groupe de prestations.
SSP	Service de la Santé Publique
ST Reha	Projet tarifaire pour la réadaptation stationnaire
SwissDRG	SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) est le nouveau système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus. Il règle de manière uniforme l'indemnisation des prestations hospitalières selon les forfaits par cas,



	<p>conformément à la dernière révision de la LAMal.</p> <p>Dans le système des forfaits par cas SwissDRG, chaque séjour hospitalier est classé dans un groupe de pathologie et indemnisé de manière forfaitaire sur la base de critères définis, comme le diagnostic principal, les diagnostics supplémentaires, les traitements et des autres critères.</p>
TARMED	TARMED (Tarification des prestations médicales) est le catalogue réglant la facturation de toutes les prestations médicales ambulatoires à l'hôpital et dans le cabinet médical.
TARPSY	Projet national pour un système tarifaire uniforme pour la psychiatrie hospitalière
Taux d'hospitalisation	Rapport entre le nombre d'habitant-e-s d'une région, traités en stationnaire à l'hôpital et la population de cette région
WHO	Organisation mondiale de la Santé (World Health Organisation)



6.2 Table des illustrations : Tableaux

Tableau 1 : Groupes de prestations en soins aigus	12
Tableau 2 : Définition des disponibilités des médecins	25
Tableau 3 : Exigences pour le service des urgences.....	26
Tableau 4 : Exigences aux unités de soins intensifs	27
Tableau 5 : Evaluation par établissement des documents transmis pour les exigences économicité .	35
Tableau 6 : Postulations de l'HFR avec exigences remplies ou non et explications.....	38
Tableau 7 : Postulations de l'hôpital Daler avec exigences remplies ou non et explications	39
Tableau 8 : Postulations de la Clinique générale avec exigences remplies ou non et explications	39
Tableau 9 : Postulations de l'HIB avec exigences remplies ou non et explications	40
Tableau 10 : Postulations de l'hôpital neuchâtelois avec exigences remplies ou non et explications .	41
Tableau 11 : Groupes de prestations en réadaptation	51
Tableau 12 : Postulations des différents établissements pour les soins en réadaptation.....	55
Tableau 13 : Progression des coûts en % prévue entre 2010 et 2018	58
Tableau 14 : Attribution des groupes de prestations en réadaptation.....	59
Tableau 15 : Groupes de prestations en psychiatrie.....	60
Tableau 16 : Postulations des différents établissements pour les soins en psychiatrie	64
Tableau 17 : Evaluation des documents transmis par le RFSM pour les exigences économicité	66
Tableau 18 : Attribution des groupes de prestations en psychiatrie.....	67

6.3 Table des illustrations : Figures

Figure 1 : Calendrier de la planification hospitalière	7
Figure 2 : Facteurs d'influence de l'évolution des besoins.....	15
Figure 3 : Population FR 1981 - 2020 / Observations et projections	17
Figure 4: Nombre d'hospitalisations dans le paquet de base en soins aigus des patient-e-s fribourgeois-e-s en 2010 et 2020	20
Figure 5: Nombre d'hospitalisations dans les prestations spécialisées des patient-e-s fribourgeois-e-s en 2010 et 2020.....	20
Figure 6: Nombre d'hospitalisations en réadaptation des patient-e-s fribourgeois-e-s en 2010 et 2020	53
Figure 7: Nombre d'hospitalisations en psychiatrie des patient-e-s fribourgeois-e-s en 2010 et 2020	62