



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](http://www.fr.ch/dsas)

—

## **PLANIFICATION HOSPITALIÈRE 2015 : APPEL D'OFFRE SOINS AIGUS SOMATIQUES**

**Juin 2014**

## **Planification hospitalière 2015 : Une concurrence régulée**

Suite à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) du 21 décembre 2007, le canton de Fribourg doit adapter sa planification hospitalière aux nouveaux critères de planification. Cette planification n'est en principe plus orientée sur la capacité des établissements mais elle est liée aux prestations fournies.

En outre, la planification hospitalière doit évaluer les établissements intéressés à figurer sur la liste hospitalière sous l'angle de la qualité et de l'économicité de prestations.

Comme par le passé, les cantons sont responsables d'offrir à leur population des soins hospitaliers appropriés à leurs besoins. Par la planification hospitalière, l'augmentation des coûts de la santé devrait être atténuée et en même temps la couverture des besoins de la population être garantie. La LAMal révisée oblige donc les cantons de planifier tout en prônant la concurrence entre les établissements. Dans ce contexte, le concept de la concurrence régulée peut apporter une réponse raisonnable. Ainsi l'Etat doit poser des conditions cadres fortes dans lesquelles des éléments de concurrence font leur apparition.

Pour la première fois, l'élaboration de la liste hospitalière et donc l'attribution des mandats de prestations passent par une procédure d'appel d'offres. Les établissements peuvent tous postuler pour une ou plusieurs prestations de leur choix. Pour créer plus de transparence, les exigences à remplir par les établissements afin de figurer sur la liste hospitalière fribourgeoise sont énumérées dans des fichiers d'offres, spécifiques selon les domaines de prestations mais identiques pour tous les prestataires.

### **Appel d'offres pour la liste hospitalière 2015**

L'appel d'offres confère la possibilité à chaque hôpital, qu'il soit public ou privé, de postuler pour les prestations qu'il souhaite fournir. L'objectif à terme est que les hôpitaux fribourgeois se spécialisent et se concentrent sur leurs points forts, ce qui permet d'augmenter la qualité des soins. La concentration des soins devrait aussi influencer positivement sur les coûts grâce au travail en synergie et à l'élimination des éventuelles surcapacités. Toutefois, pour garantir la couverture des besoins en soins de la population fribourgeoise, les hôpitaux devront répondre à un certain nombre d'exigences aussi bien générales que spécifiques liées à la prestation.

Si un fournisseur de prestations remplit aussi bien les exigences générales que les exigences spécifiques, il a de bonnes chances, mais sans cependant de garantie, d'obtenir un mandat de prestations. En cas de concurrence entre plusieurs établissements pour une prestation et en fonction des volumes concernés et des capacités de chacun, le canton devra effectuer des comparaisons pour répartir le mandat ou n'attribuer le mandat qu'à un établissement afin de garantir l'efficacité de la fourniture des prestations.

### **Formulation des mandats de prestations**

L'éventail des prestations dans le domaine des soins somatiques aigus en milieu hospitalier stationnaire est classifié sur la base du concept de groupe de prestations recommandé par la CDS

(SPLG - Spitalplanungsleistungsgruppen) (voir chapitre « Exigences spécifiques » ci-dessous). Pour pouvoir bénéficier d'un mandat de prestations pour la prestation en question, ce système de classification impose, entre autre, pour plusieurs prestations la disponibilité d'autres prestations, soit « en interne uniquement », soit « en interne ou en coopération ». Par prestations qui doivent être disponibles « à l'interne uniquement », on entend à l'interne d'un établissement ou, pour les hôpitaux en réseaux (hôpitaux multi sites), sur le même site.

Pour pouvoir bénéficier d'un mandat de prestations cantonal, un hôpital doit s'engager à admettre tous les patients fribourgeois dans le cadre de son mandat et cela indépendamment de leur couverture d'assurance (at. 41a LAMal). Pour respecter cette exigence fondamentale, l'établissement doit accueillir, parmi les patients fribourgeois, au minimum 50% de patients assurés uniquement en AOS.

### **Exigences générales**

Tout hôpital souhaitant figurer sur la liste hospitalière 2015 doit remplir un certain nombre d'exigences indépendamment de son domaine d'activité, à savoir :

1. garantir la prise en charge de tous les assurés 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 de la LAMal.
2. 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.
3. remplir les exigences en matière de qualité, soit:
  - > Concept d'assurance qualité
  - > Participation à des mesures de qualité établies
  - > Critical Incident Reporting System (CIRS)
  - > Protocoles de sortie et de transfert
  - > Cours de formation en réanimation
  - > Concept d'hygiène/d'infectiologie
  - > Information aux patients
  - > Publication du rapport qualité H+.
4. remplir les exigences en matière d'économicité
  - > 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.

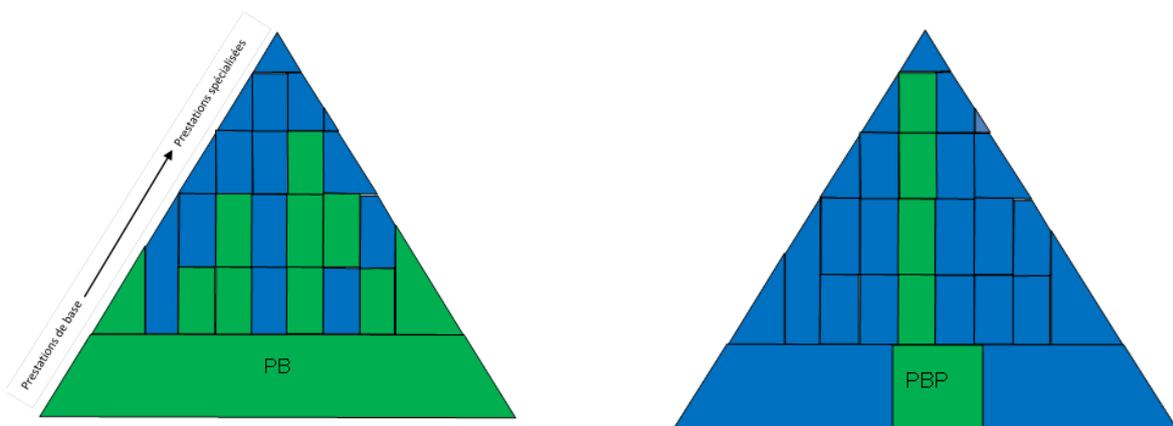
## Exigences spécifiques

### Les 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 (SPLG - Spitalplanungsleistungsgruppen), recommandé par la CDS.

Les groupes de prestations sont liés hiérarchiquement au sein de chaque domaine de prestations au moyen d'un sigle. Ainsi, le groupe de prestations chirurgie viscérale, désigné par le sigle VIS1, forme la base des autres groupes qui y sont rattachés (VIS1.1 à VIS1.5). Tous les groupes de prestations sont définis de manière univoque sur la base de codes de diagnostic (CIM) et de traitement (CHOP) ou sur la base de SwissDRG.

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 une obligation 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. Sans un paquet de base, 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, 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 pour tous les groupes de prestations comportant un fort pourcentage de patients admis 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 patients 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 médecin-assistant 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

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 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 assuré
- > Infectiologie en coopération

## Exigences spécifiques liées à la prestation

Selon les différents groupes de prestations les exigences spécifiques liées à la prestation doivent être remplies :

### 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 patients concernés. L'hôpital et les spécialistes ont toutefois la compétence de déléguer le traitement. 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. Également pour chaque groupe de prestations, la disponibilité attendue des médecins spécialistes ou des médecins disposant de la qualification appropriée est définie de manière précise. Cette disponibilité doit être garantie 24h sur 24 et 365 jours par an.

### 2. Service des urgences

Pour les groupes de prestations comptant de nombreux patients admis 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.

### 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 le délai dans lequel le traitement nécessaire doit être effectué pour chaque groupe.

### 4. Liens, prestations liées

De nombreux traitements nécessitent un savoir interdisciplinaire. 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. La convention concernant cette coopération doit être fournie au Service de la santé publique.

### 5. Tumor board

Le traitement de patients 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. Le groupe peut en principe être géré en coopération avec un autre hôpital. Dans ce cas-là, une convention doit exister et être fournie au Service de la santé publique.

#### 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. En plus d'un nombre minimum de cas présentés sous l'onglet « Exigences spécifiques SPLG », il est possible qu'en fonction des réponses à l'appel d'offres, des prestations soient centralisées pour des raisons de masse critique.

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 bariatrique, la chirurgie coronarienne et les néoplasmes malins du poumon, car ces trois prestations bénéficient d'ores et déjà de preuves empiriques étayées par des études scientifiques et d'exemples d'application à l'étranger. Les cantons de Berne et Zurich analyseront ces prochaines années les expériences faites sur la base de nombres minimaux relativement bas et examinera l'opportunité de les augmenter et d'en introduire de nouveaux.

#### 7. Autres exigences

Dans cette colonne figurent, en regard du groupe de prestations concerné, des exigences spécifiques supplémentaires qui doivent être remplies pour certains traitements, telles que les conseils en nutrition et en diabétologie, la consultation d'un spécialiste ou certains examens préalables et soins de suivi.

#### 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 sont effectives 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, les admissions divergentes sur les listes hospitalières cantonales des hôpitaux sont annulées dans une mesure correspondante. »