

Rapport concernant l'avant-projet de loi sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS)

Mai 2013

Table des matières

1	INTRODUCTION	3
2	COMMISSION EXTRAPARLEMENTAIRE	4
2.1	Cahier des charges	4
2.2	Composition	5
2.3	Bases de travail	6
3	CONTEXTE	7
3.1	Modification de la LAMal du 21 décembre 2007 sur le financement hospitalier	7
3.2	Législation sanitaire cantonale	15
3.3	Résultats de l'audit sur le RSV, l'ICHV et l'OVS	17
3.4	Rapport de la Commission de gestion du Grand Conseil (COGEST)	18
3.5	Référendum contre la LEIS 2011	18
4	THÉMATIQUES GÉNÉRALES	19
4.1	Qualité des soins et sécurité des patients	19
4.2	Bilinguisme	20
4.3	Planification sanitaire	20
4.4	Réseau Santé Valais (RSV)	22
5	COMMENTAIRE ARTICLE PAR ARTICLE DU PROJET DE LEIS	23
5.1	Chapitre 1 : Dispositions générales	23
5.2	Chapitre 2 : Hôpital du Valais	34
5.3	Chapitre 3 : Contrôles et sanctions	41
5.4	Chapitre 4 : Dispositions finales et transitoires	41
6	PROPOSITIONS EN VUE D'UNE RÉVISION ULTÉRIEURE DE LA LOI SUR LA SANTÉ	43
6.1	Nouveau droit de protection de l'adulte	43
6.2	Secret médical	43
6.3	Information des patients et du public	43
6.4	Médiation	44
7	CONCLUSION	44

1 Introduction

L'organisation des établissements et institutions sanitaires du canton du Valais a considérablement évolué au cours des vingt dernières années et se trouve confrontée à de nouveaux défis imposés par l'évolution médicale, technologique, démographique et législative, ainsi qu'à une perception plus critique qu'autrefois par le public de l'acte médical et des soins prodigués en milieu hospitalier.

Le secteur hospitalier a connu une profonde réorganisation. Après une période d'expansion, le canton a entrepris une forte réduction du nombre de lits de soins somatiques aigus dont le nombre total est passé de 1'400 en 1985 à 700 de nos jours. Cette réduction du nombre de lits a été possible grâce au développement des autres établissements et institutions sanitaires, en particulier les établissements médico-sociaux (EMS) et les centres médico-sociaux (CMS).

En 1996, un certain nombre de disciplines ont été centralisées à l'hôpital de Sion (chirurgie cardiaque, cardiologie interventionnelle, neurochirurgie spécialisée, radiothérapie). En 2002, les hôpitaux régionaux ont été regroupés au sein du Réseau Santé Valais (RSV), établissement autonome de droit public. En 2004, pour la première fois, une répartition des disciplines entre les divers hôpitaux a pu être mise en place. Alors qu'auparavant chaque hôpital offrait toutes les prestations, une première étape vers la concentration des soins a été franchie. La prise en charge des cas lourds a été regroupée dans les hôpitaux de Viège, Sion et Monthey. Un certain nombre de disciplines supplémentaires ont été centralisées à l'hôpital de Sion (chirurgie thoracique, pneumologie, néonatalogie).

Cette nouvelle organisation a constitué un véritable tournant dans l'organisation hospitalière cantonale. L'orientation prise a été validée dans le cadre de l'adoption de loi sur les établissements et institutions sanitaires du 12 octobre 2006 (ci-après LEIS 2006). Le processus de concentration des soins s'est poursuivi avec les adaptations de la planification décidées en 2006, 2008 et 2011.

En 2010, suite au départ d'un médecin-chef du RSV et à divers problèmes rencontrés au sein du RSV, des débats animés ont eu lieu dans l'opinion publique. Il s'en est suivi un postulat déposé au Grand Conseil demandant un audit du Réseau Santé Valais (RSV), de l'Institut Central des Hôpitaux Valaisans (ICHV) et de l'Observatoire Valaisan de la Santé (OVS). Le postulat ayant été accepté (cf. mémorial de la session du Grand Conseil de mai 2010), un mandat a été confié à la Fédération Hospitalière de France (FHF). Son rapport a été rendu en mars 2011. Un rapport sur la santé publique valaisanne a également été rendu en mars 2011 par la Commission de gestion du Grand Conseil (COGEST).

Parallèlement, le droit cantonal a dû être adapté à la modification de la LAMal du 21 décembre 2007 sur le financement hospitalier. Une nouvelle loi sur les établissements et institutions sanitaires a ainsi été adoptée le 17 mars 2011 (ci-après LEIS 2011). Suite au dépôt d'un référendum, cette loi a été soumise au vote populaire le 23 octobre 2011 et rejetée par 54.5% des votants. L'adaptation du droit cantonal à la nouvelle législation fédérale est alors intervenue sous forme de décret. Le 15 décembre 2011, le Grand Conseil adoptait le décret concernant le financement hospitalier, avec entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012 et validité jusqu'au 31 décembre 2014 au plus tard, dans l'attente de l'adoption d'une loi.

Suite au rejet de la LEIS 2011, le Conseil d'Etat a décidé, le 17 décembre 2011, de créer une commission extraparlamentaire chargée d'élaborer un nouveau projet de loi. Le présent rapport rend compte des travaux et propositions de cette commission.

2 Commission extraparlamentaire

2.1 Cahier des charges

Le Conseil d'Etat a chargé la commission extraparlamentaire d'élaborer un avant-projet de loi en remplacement de la loi actuelle sur les établissements et institutions sanitaires du 12 octobre 2006 (LEIS 2006), accompagné d'un rapport.

La LEIS 2006, dans sa version actuelle, définit les dispositions générales de planification et de financement s'appliquant à tous les établissements sanitaires (hôpitaux, EMS, CMS, autres). Elle comprend également les dispositions spécifiques aux hôpitaux et celles régissant le Réseau Santé Valais (RSV).

L'élaboration d'une nouvelle LEIS s'imposait dans le cadre des nouvelles dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), dont les principaux changements sont le libre choix de l'hôpital, le financement lié aux prestations incluant les investissements (dès le 1^{er} janvier 2012) ainsi que l'obligation de respecter les critères de planification fixés par le Conseil fédéral (d'ici au 31 décembre 2014 au plus tard).

La commission a également été chargée de réexaminer les dispositions régissant le RSV, en particulier le degré d'autonomie de cet établissement de droit public. Elle a été invitée à se prononcer sur l'opportunité d'une loi distincte.

La ou les nouvelles lois devraient entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2015, date à laquelle le décret du 15 décembre 2011 concernant le financement hospitalier ne sera plus valable.

Le cahier des charges de la commission est retranscrit dans son intégralité ci-après :

« 1. La commission extraparlamentaire est chargée de réexaminer les dispositions de la loi du 12 octobre 2006 sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS) à la lumière des travaux législatifs de cette dernière décennie à savoir :

- le décret du 1^{er} février 2002 sur le Réseau Santé Valais (RSV),
- le décret du 4 septembre 2003 modifiant le décret précité,
- le décret du 11 novembre 2004 sur les dispositions transitoires pour la période 2001 et 2002,
- le décret du 9 juin 2004 pour garantir le fonds de roulement du RSV,
- la loi du 12 octobre 2006 sur les établissements et institutions sanitaires (LEIS),
- la loi du 17 mars 2011 sur les établissements et institutions sanitaires qui a été refusée en votation populaire le 23 octobre dernier,
- le décret du 15 décembre 2011 concernant le financement hospitalier qui traite uniquement de l'application des dispositions de la LAMal applicables au RSV et non du statut, de l'organisation et du fonctionnement du RSV.
- A ces textes légaux concernant spécifiquement le RSV il faut encore ajouter, mais uniquement dans la mesure où ces textes légaux s'appliquent également au RSV:
 - le réexamen des dispositions de la loi sur la santé du 14 février 2008 et ses dispositions d'application concernant les relations entre patients et professionnels de la santé, la surveillance des professionnels de la santé et des établissements sanitaires (gestion des plaintes) ainsi que la sécurité des patients (gestion des incidents) et la qualité des soins (gestion des indicateurs de qualité) ;
 - le réexamen de la loi du 14 septembre 2011 sur les soins de longue durée, voire du décret du 5 mai 2010 concernant le financement des soins de longue durée dont la durée de validité a été fixée au 31 décembre 2013.

2. La commission extraparlamentaire examinera l'opportunité d'élaborer deux lois distinctes à savoir :

- Un avant-projet de message et de loi sur le financement des hôpitaux, en remplacement du décret du 15 décembre 2011 sur le financement hospitalier dont la

- durée de validité a été limitée au 31 décembre 2014 et qui règle l'application des dispositions de la LAMal du 21 décembre 2007 sur le financement hospitalier.*
- *Un avant-projet de message et de loi sur le Réseau Santé Valais portant notamment sur le statut, l'organisation, le fonctionnement, la surveillance et la haute surveillance.*
3. *La commission extraparlamentaire analysera en conséquence le résultat du vote populaire du 23 octobre 2011 sur la LEIS du 17 mars 2011.*
 4. *La commission extraparlamentaire se fondera également sur les recommandations de la Fédération Hospitalière de France suite à l'audit qu'elle a réalisé sur le RSV, l'Institut central des hôpitaux valaisans et l'Observatoire valaisan de la santé.*
 5. *La commission veillera à coordonner ses propositions avec les autres dispositions de la législation sanitaire cantonale.*
 6. *La commission extraparlamentaire présentera au Conseil d'Etat toutes les propositions qu'elle jugera utiles concernant notamment :*
 - *la question du juste équilibre à trouver entre l'autonomie à laisser au RSV pour lui permettre d'être performant et compétitif et le degré d'ingérence de l'Etat à exercer respectivement par le Conseil d'Etat, par l'intermédiaire du Département dont relève la santé et par le Parlement, par l'intermédiaire notamment de ses commissions.*
 - *la question de l'impact des dispositions d'application de la LAMal sur le système sanitaire valaisan.*
 7. *Les travaux de la commission extraparlamentaire seront organisés de manière à respecter le planning suivant :*
 - *Fin décembre 2012 : dépôt d'un rapport intermédiaire au DFIS sous la forme d'un (le cas échéant deux) avant-projet de loi*
 - *Février 2013 : dépôt du rapport final sous la forme d'un avant-projet de message et de loi*
 - *Avril 2013 : décision du Conseil d'Etat autorisant la mise en consultation*
 - *De mai à juillet 2013 : procédure de consultation*
 - *D'août à septembre 2013 : analyse de la procédure de consultation et décision du Conseil d'Etat*
 - *Décembre 2013 : 1^{ère} lecture au Grand Conseil*
 - *Mai 2014 : 2^{ème} lecture au Grand Conseil*
 - *Juin 2014 : publication au BO et début du délai référendaire*
 - *1^{er} janvier 2015 : entrée en vigueur*
 8. *Au besoin, la commission extraparlamentaire peut faire appel à des experts ou à des consultants et solliciter des appuis spécifiques notamment sur le plan médical, juridique et financier. »*

2.2 Composition

La commission rassemble des représentants de l'Etat, du RSV, du comité référendaire contre la LEIS, des milieux de la santé, des patients ainsi que du monde politique.

La commission a siégé dans la composition suivante :

- Rossini Stéphane, Conseiller national, Président de la commission
- Bass Albert, président de l'Association valaisanne des EMS (AVALEMS)
- Dr Berclaz Raymond, membre du Comité référendaire contre la LEIS
- Bregy Philipp Matthias, député
- de Riedmatten Hildebrand, membre du Conseil d'administration du RSV
- Derivaz Olivier, avocat et notaire
- Dr Ducrey Anne, membre du Comité référendaire contre la LEIS

- Ducrot Michel, président de l'Association de défense des patients hospitalisés en Valais (ADPVal)
- Dr Dupuis Georges, chef du Service de la santé publique et médecin cantonal jusqu'au 30 juin 2012
- Fournier Victor, chef du Service de la santé publique dès le 1^{er} juillet 2012
- Dr Gobelet Charles, ancien directeur médical de la Clinique romande de réadaptation
- Dr Hildbrand Patrick, membre du Comité référendaire contre la LEIS
- Dr Imsand Christophe, membre du Comité référendaire contre la LEIS
- Jacquier-Delaloye Anne, directrice du domaine santé-social de la HES-SO Valais
- Kleiber Charles, président du Conseil d'administration du RSV
- Monnet Bernard, membre du Conseil d'administration du RSV
- Nanchen Fernand, ancien président de Lens
- Perroud Bruno, directeur d'association, député-suppléant
- Tavernier Georges, président du Parti libéral-radical valaisan
- Viaccoz Pascal, président du Groupement valaisan des CMS

Le nouveau médecin cantonal, le Dr Christian Ambord a également été associé aux travaux de la commission en qualité de membre avec voix consultative dès le mois d'août 2012.

Le secrétariat de la commission a été assuré par le Service de la santé publique (Yves Martignoni).

2.3 Bases de travail

La commission a tenu 10 journées de séances et auditionné un juriste spécialiste de la LAMal (Me Guy Longchamp), ainsi que les représentants de la Clinique de Valère, de l'Association Valaisanne des EMS (AVALEMS) et du groupement valaisan des CMS. Diverses présentations ont également été effectuées par les médecins référendaires (disciplines de base dans les trois régions du canton et disciplines centralisées, place du médical dans les décisions de planification et de gestion hospitalières, collaborations hospitalières privé-public et conventions avec les hôpitaux universitaires), ainsi que par le Service de la santé publique (historique de la législation sanitaire valaisanne, financement hospitalier, jugement du Tribunal fédéral sur la loi tessinoise d'application de la LAMal). La commission a décidé de rédiger l'avant-projet à partir de la LEIS 2011, celle-ci étant mieux adaptée à la nouvelle LAMal que ne l'était la LEIS 2006.

L'avant-projet de loi élaboré par la commission a été soumis pour appréciation juridique à l'Institut de droit de la santé (IDS) de l'Université de Neuchâtel (Prof. Olivier Guillod, directeur, Mme Nathalie Brunner, collaboratrice scientifique).

La commission a également convenu de ne pas se positionner sur l'opportunité de créer deux lois distinctes, estimant que cette question revêt d'abord un caractère d'ordre politique et de technique législative.

3 Contexte

Les travaux de la commission se sont inscrits dans le cadre légal imposé par le droit fédéral, en particulier la modification de la LAMal du 21 décembre 2007 sur le financement hospitalier, et en tenant compte de la législation cantonale actuelle sur la santé. Une attention particulière a été apportée aux thèmes qui ont prédominé lors de la campagne référendaire sur la LEIS, ainsi qu'aux résultats de l'audit réalisé par la FHF et au rapport de la COGEST.

3.1 Modification de la LAMal du 21 décembre 2007 sur le financement hospitalier

3.1.1 Vue d'ensemble

Le nouveau financement hospitalier implique des changements importants pour les établissements. L'objectif est d'harmoniser le financement et de renforcer la concurrence entre les hôpitaux au niveau national par l'ouverture des frontières cantonales. Le tableau suivant synthétise les nouveautés qui sont imposées par le droit fédéral depuis le 1^{er} janvier 2012 et dont la nouvelle LEIS doit tenir compte :

Enjeux	Jusqu'au 31.12.2011	Depuis le 01.01.2012
Planification hospitalière	Planification en fonction des besoins de la population pour les soins hospitaliers stationnaires et les EMS. Absence de critères fédéraux.	Planification en fonction des besoins de la population pour les soins hospitaliers stationnaires, les maisons de naissance et les EMS, sur la base des critères établis par le Conseil fédéral. Planification de la médecine hautement spécialisée définie au niveau national.
Participation financière du canton	Participation du canton uniquement aux hôpitaux reconnus d'utilité publique (RSV, HDC, SUVA). Pas de participation pour les cliniques privées (Valère, Loèche-les-Bains). Leur inscription sur la liste hospitalière ne donnait droit qu'à une participation des assureurs-maladie.	Participation du canton pour tous les hôpitaux qu'il inscrit sur sa liste hospitalière, y compris les cliniques privées.
Hospitalisations hors canton Libre choix de l'hôpital	Participation du canton uniquement en cas de raisons médicales au sens de la LAMal (urgence survenant hors du canton ou prestations non disponibles dans le canton).	Participation du canton également en l'absence de raisons médicales au sens de la LAMal, mais uniquement pour les hôpitaux figurant sur la liste valaisanne ou sur la liste du canton où ils se situent, et ce jusqu'à concurrence du tarif applicable en Valais.
Financement des investissements	Subventions cantonales pour les investissements des hôpitaux publics. Pas de participation des assureurs-maladie.	Intégration des investissements dans le calcul des tarifs à charge des assureurs-maladie et du canton, également pour les cliniques privées.
Taux de couverture par le canton	Entre 50% et 56% selon les négociations avec les assureurs-maladie.	55% au minimum. Le canton du Valais, ayant des primes inférieures à la moyenne suisse, l'adaptation du taux peut se faire progressivement. Elle a été fixée à 52.5% en 2012 et augmentera de 0.5 point par an pour atteindre 55% en 2017.

Enjeux	Jusqu'au 31.12.2011	Depuis le 01.01.2012
Structure tarifaire	Structures tarifaires différentes selon l'établissement, selon le canton et selon la catégorie de prise en charge (aigu, psychiatrie, soins chroniques, réadaptation).	Structure tarifaire uniforme au niveau suisse sous forme de forfaits par cas liés aux prestations. Application des SwissDRG pour les soins somatiques aigus dès le 01.01.2012. Structures tarifaires uniformes en cours d'élaboration pour les autres domaines (psychiatrie, réadaptation).
Prestations d'intérêt général	Frais d'exploitation résultant de surcapacités et les frais de formation et de recherche exclus des tarifs LAMal. Possibilité de prise en charge par le canton.	Intégration des frais de formation non universitaire dans les tarifs LAMal. Les surcapacités, la formation universitaire et la recherche restent exclus. Possibilité de prise en charge par le canton.

3.1.2 Planification

L'article 39 al. 1 de la LAMal fixe les conditions permettant à un établissement d'être considéré comme un hôpital au sens de la LAMal (assistance médicale suffisante, personnel qualifié nécessaire, équipements adéquats, fourniture adéquate de médicaments). Il appartient aux cantons de vérifier le respect de ces dispositions.

Cet article confie également aux cantons la tâche d'établir une planification visant à couvrir les besoins en soins hospitaliers stationnaires. Ils peuvent le faire en collaboration avec d'autres cantons et doivent prendre en considération les organismes privés de manière adéquate. Ces conditions s'appliquent par analogie aux maisons de naissance et aux établissements médico-sociaux (EMS).

Les dispositions mentionnées ci-dessus n'ont pas été modifiées depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, mise à part l'intégration des maisons de naissance. Par contre, les éléments suivants ont été modifiés par la révision de la LAMal portant sur le financement hospitalier, adoptée par les Chambres fédérales en décembre 2007 et entrant en vigueur par étapes.

Critères de planification

Le Parlement fédéral a confié la tâche au Conseil fédéral d'édicter des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique (LAMal, art. 39 al. 2ter). Ces critères ont été fixés aux articles 58a à 58e de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal).

En application de ces critères, les cantons doivent déterminer les besoins selon une démarche vérifiable et choisir les établissements retenus pour figurer sur leur liste hospitalière en tenant compte des éléments suivants :

- le caractère économique et la qualité de la fourniture de prestations, en particulier l'efficacité de la fourniture de prestations, la justification de la qualité nécessaire et, dans le domaine hospitalier, le nombre minimum de cas et l'exploitation des synergies ;
- l'accès des patients au traitement dans un délai utile ;
- la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations.

Conformément à l'article 49 alinéa 8 de la LAMal, le Conseil fédéral doit faire procéder à l'échelle nationale, en collaboration avec les cantons, à des comparaisons entre hôpitaux concernant notamment les coûts et la qualité des résultats médicaux. Ces comparaisons serviront à guider les cantons dans le choix des hôpitaux devant figurer sur les listes hospitalières cantonales.

L'OAMal (art. 58c) impose une planification liée aux prestations pour les soins somatiques aigus. Ce type de planification est basé sur les données relatives aux prestations fournies et non plus sur les données de gestion telles que la durée du séjour ou le taux d'occupation des lits. Ces dernières sont utilisées dans le cadre d'une planification liée aux capacités. Pour les domaines de la réadaptation, la planification peut être liée aux prestations ou aux capacités, alors que pour les établissements médico-sociaux elle est liée aux capacités.

Les comparaisons effectuées dans le cadre de la planification liée aux prestations, possibles grâce à l'introduction des SwissDRG à l'échelle suisse, doivent permettre de viser la meilleure solution (au sens d'un benchmarking), par opposition à une extrapolation sur la base des tendances observées.

Les cantons disposent d'un délai transitoire jusqu'au 31 décembre 2014 pour satisfaire à ces exigences.

Médecine hautement spécialisée

Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, les cantons sont désormais tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse (LAMal, art. 39 al. 2bis). Aucun délai n'est fixé, mais la LAMal précise que si les cantons n'effectuent pas cette tâche à temps, c'est le Conseil fédéral qui prendra les décisions y relatives.

Pour ce faire, tous les cantons ont adhéré à la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS). Dans les domaines relevant de la médecine hautement spécialisée, la compétence de planification n'appartient plus aux cantons individuellement. Les décisions de planification sont prises par un organe nommé par les directrices et directeurs cantonaux de la santé. Cet organe est composé de cinq représentants des cantons disposant d'un hôpital universitaire et de cinq représentants des autres cantons.

Selon la convention, les domaines et prestations de la médecine hautement spécialisée se caractérisent par la rareté de l'intervention, par leur haut potentiel d'innovation, par un investissement humain ou technique élevé ou par des méthodes de traitement complexes. Au minimum trois de ces critères doivent être remplis, celui de la rareté de l'intervention devant toutefois toujours l'être.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la CIMHS, les attributions des prestations ont jusqu'ici été réglées de manière contraignante dans les domaines partiels suivants de la médecine hautement spécialisée:

- pédiatrie et chirurgie pédiatrique hautement spécialisées ;
- neurochirurgie ;
- traitement des accidents vasculaires cérébraux ;
- prise en charge des blessés graves ;
- traitement des brûlures graves chez l'adulte ;
- transplantations d'organes solides chez l'adulte ;
- implants cochléaires ;
- protonthérapie ;
- transplantations de cellules souches hématopoïétiques allogéniques chez l'adulte.

Des consultations sont en cours dans d'autres domaines, notamment pour la chirurgie viscérale hautement spécialisée, l'oncologie pédiatrique et les cancers rares de l'adulte.

Le Réseau Santé Valais (site de Sion) a été reconnu comme «trauma center» pour la prise en charge des blessés graves. A ce jour, il n'est pas reconnu pour les prestations hautement spécialisées dans le domaine du traitement des accidents vasculaires cérébraux (AVC). L'enjeu actuel est la reconnaissance pour les prestations de chirurgie viscérale.

Plusieurs cantons et établissements estiment que la centralisation voulue dans le cadre de la convention est excessive et risque de conduire à un affaiblissement majeur des hôpitaux de moyenne catégorie.

Libre choix de l'hôpital

Le 1^{er} janvier 2012, les dispositions relatives au libre choix de l'hôpital sont entrées en vigueur. Désormais, l'assuré a, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (assurance de base), le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (LAMal, art. 41 al. 1bis). Cependant, le canton de résidence et l'assureur ne prennent en charge leur part respective de rémunération que jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton de résidence. L'éventuelle différence de tarif est à la charge de l'assuré ou de son assurance complémentaire.

Comme cela était le cas auparavant, s'il y a raison médicale au sens de la LAMal (traitement non disponible dans le canton de domicile ou urgence survenant hors du canton de domicile), le canton de résidence et l'assureur doivent prendre en charge le traitement au tarif de l'hôpital traitant (LAMal, art. 41 al. 3 et 3bis). Dans ce cas, une autorisation du canton de résidence est nécessaire.

Conventions intercantionales

L'obligation d'admission ne s'applique que pour les assurés résidant dans le canton où se situe l'hôpital et dans la limite du mandat de prestations et des capacités de l'hôpital. Pour les assurés résidant hors du canton où se situe l'hôpital, l'obligation d'admission ne s'applique que si elle est basée sur des mandats de prestations ainsi que dans les cas d'urgence (LAMal, art. 41a).

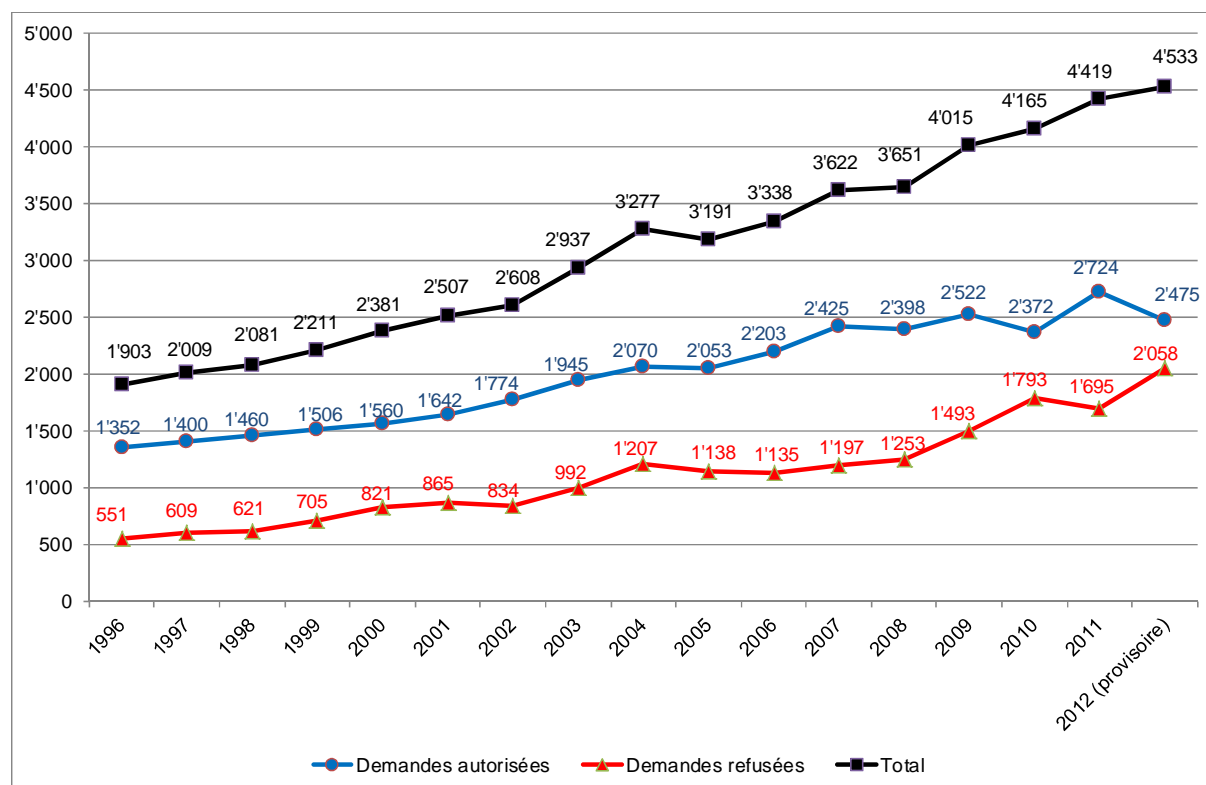
Les cinq hôpitaux universitaires de Suisse figurent sur la liste hospitalière du canton du Valais depuis 1996. Des conventions fixant l'admission des patients valaisans et les tarifs applicables ont été conclues avec ces établissements à partir de cette date. Ces conventions ont été mises à jour en 2011 afin de tenir compte des modifications de la LAMal sur le financement hospitalier, en particulier l'entrée en vigueur du libre choix de l'hôpital.

Le canton du Valais a également conclu des conventions de collaboration avec les hôpitaux universitaires depuis de nombreuses années (CHUV en 1993, HUG et Inselspital en 1997), conventions régulièrement mises à jour. Grâce à ces conventions, les patients valaisans peuvent être traités en Valais par des spécialistes des hôpitaux universitaires ou sous leur supervision, garantissant ainsi une prise en charge de qualité. Ces spécialistes exercent en Valais tout en maintenant une activité dans les hôpitaux universitaires, notamment dans les techniques de pointe, assurant ainsi leur application en Valais. Les cas jugés à risque sont transférés hors canton. Les médecins et le personnel soignant exerçant dans les hôpitaux valaisans peuvent, quant à eux, parfaire leur formation continue et post-graduée auprès des hôpitaux universitaires et de leurs spécialistes, puis faire bénéficier la population valaisanne des nouvelles méthodes et techniques médicales.

Evolution du nombre de demandes de garanties de paiement pour hospitalisations hors canton (assurés LAMal)

Depuis 1996, le nombre de demandes de garanties de paiement pour hospitalisations hors canton (assurés LAMal) a progressivement augmenté, passant de 1'903 demandes en 1996 à 4'533 en 2012 (chiffre provisoire). Le nombre de garanties octroyées est passée de 1'352 à 2'475 sur la même période (cf. graphique ci-après).

Evolution du nombre de demandes de garanties de paiement pour hospitalisations hors canton (assurés LAMal) de 1996 à 2012 (chiffres provisoires pour 2012)



L'augmentation du nombre de demandes de garantie de paiement pour hospitalisations hors canton s'explique par le degré de spécialisation croissant de la médecine. Tous les cantons sans hôpital universitaire connaissent cette même évolution. Le Valais reste cependant le canton romand sans hôpital universitaire qui exporte le moins de patients grâce aux disciplines spécialisées qui ont pu être maintenue par la centralisation sur l'hôpital de Sion et la collaboration avec les hôpitaux universitaires.

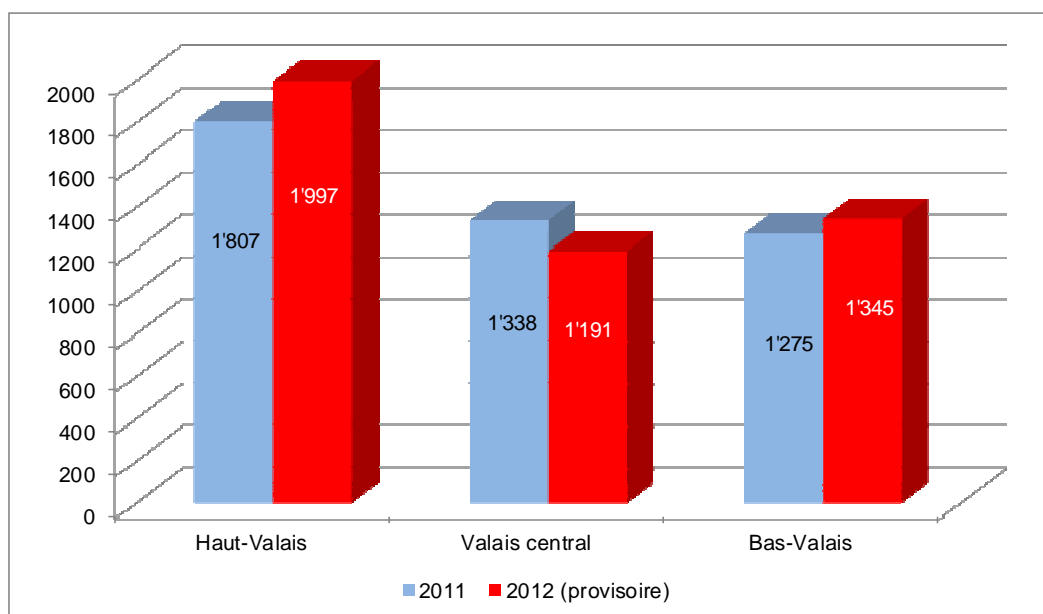
Répartition des demandes entre les régions du canton

Le nombre de demandes de garanties de paiement pour hospitalisations hors canton est, proportionnellement à la population, deux fois plus élevé dans le Haut-Valais (24.61 demandes pour 1'000 habitants en 2012) que dans le Valais central¹ (9.53) et dans le Bas-Valais² (12.13). Ces données montrent une tendance plus prononcée dans le Haut-Valais à une prise en charge par des hôpitaux situés à l'extérieur du canton.

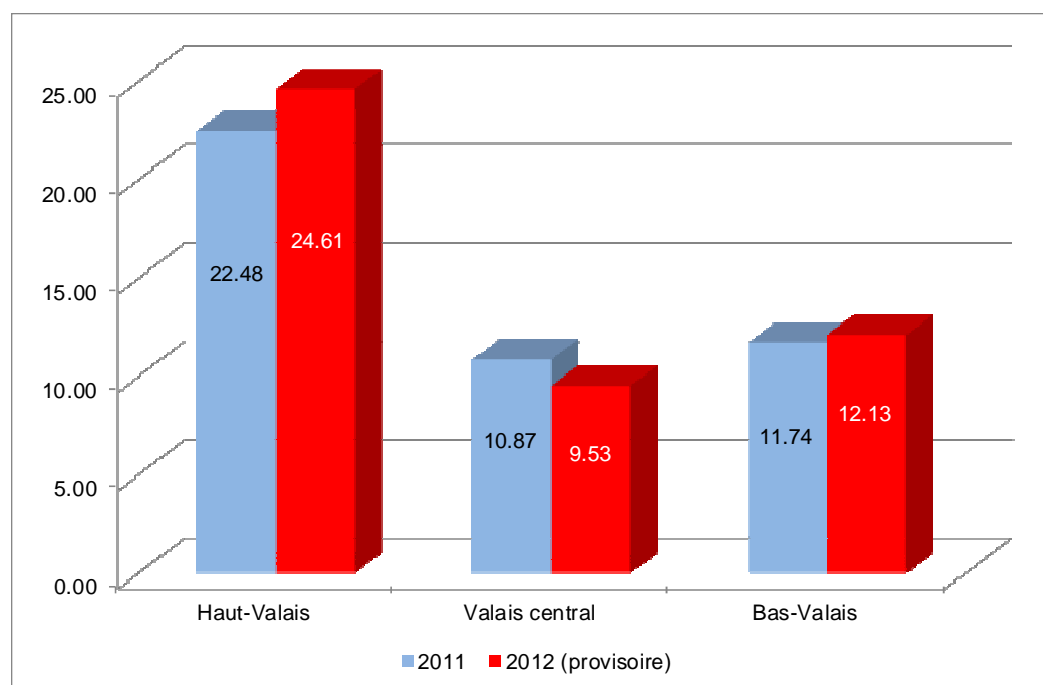
¹ Districts de Sierre, Sion, Hérens et Conthey.

² Districts de Martigny, Entremont, St-Maurice et Monthey

Nombre de demandes de garanties de paiement pour hospitalisations hors canton (assurés LAMal), par région, pour les années 2011 et 2012 (chiffres provisoires pour 2012)



Nombre de demandes de garanties de paiement pour hospitalisations hors canton (assurés LAMal) pour 1'000 habitants, par région, pour les années 2011 et 2012 (chiffres provisoires pour 2012)



Evolution du nombre d'hospitalisations hors canton (assurés LAMal)

Selon la statistique fédérale, le nombre total de patients valaisans hospitalisés hors canton dans le cadre de la LAMal est quant à lui passé de 2'602 en 2000 à 4'587 en 2010. Les données 2011 et 2012 de la statistique fédérale ne sont pas encore disponibles.

Selon les données provisoires du Service de la santé publique (demandes de garanties paiement déposées et factures reçues), le nombre total d'hospitalisations hors canton (assurés LAMal) devrait dépasser les 5'500 cas en 2012. Ce chiffre devra néanmoins être confirmé par les données consolidées de la statistique fédérale.

Le nombre d'hospitalisations hors canton continue donc à s'accroître. Cependant, l'augmentation prévisible pour 2012 ne s'accompagne pas d'une diminution des hospitalisations au sein du RSV, ce dernier ayant enregistré une hausse d'activité en 2012, dans le Valais romand et dans le Haut-Valais.

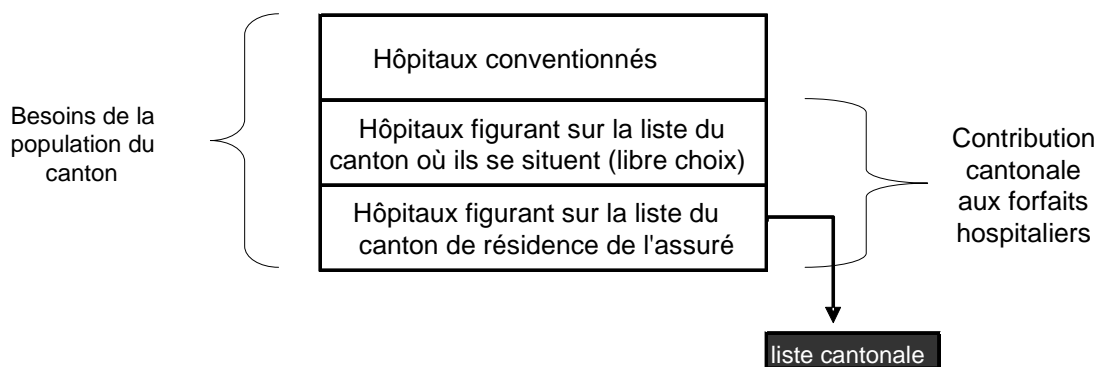
Régime conventionné

La LAMal (art. 49a al. 4) laisse la possibilité pour les établissements ne figurant pas sur une liste hospitalière de conclure des conventions avec les assureurs qui le souhaitent. Dans ce cadre, l'assureur prend en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins (assurance de base) au maximum 45% de la rémunération. Par contre, aucune contribution n'est versée par le canton.

Modalités d'élaboration des listes hospitalières

Conformément aux nouveaux critères de planification fixés par le Conseil fédéral, les listes hospitalières des cantons doivent être établies en fonction des besoins de la population, déduction faite des besoins couverts par les hôpitaux conventionnés et par les hôpitaux hors canton figurant sur la liste du canton où ils se situent.

Ces nouvelles dispositions peuvent être schématisées de la façon suivante :



3.1.3 Financement

Principes

La révision de la LAMal sur le financement hospitalier vise à mettre sur pied d'égalité les établissements privés et publics. Pour ce faire, les modifications suivantes ont été introduites au 1^{er} janvier 2012 :

- obligation pour les cantons de participer au financement de tous les établissements (publics et privés) figurant sur la liste du canton de résidence de l'assuré ou celle du canton où se situe l'hôpital (LAMal, art. 41 al. 1bis) ;
- introduction d'une structure tarifaire uniforme au niveau suisse sous la forme de forfaits par cas (SwissDRG) (LAMal, art. 49 al. 1) ;

- introduction dans les forfaits par cas d'une part destinée à rémunérer l'utilisation des investissements (LAMal, art. 49 al. 3) ;
- participation cantonale à hauteur de 55% au moins (art. 49a al. 2), les cantons dont la moyenne des primes pour adultes est inférieure à la moyenne suisse pouvant atteindre progressivement ce taux d'ici à 2017 (LAMal, dispositions transitoires).

Structures tarifaires

Au 1^{er} janvier 2012, la structure tarifaire SwissDRG a été introduite pour les soins somatiques aigus dans toute la Suisse. Chaque hôpital négocie un tarif de base avec les assureurs. Pour déterminer la rémunération, le tarif de base est multiplié par l'indice « casemix » variant selon le type de prise en charge et les prestations consommées. L'introduction de structures tarifaires uniformes au niveau suisse pour la psychiatrie et la réadaptation est en projet.

Investissements

Dès 2012, la rémunération des investissements (intérêts et amortissements) est incluse dans les tarifs. Le Conseil fédéral a fixé pour 2012 une part normative de 10% du tarif pour la rémunération des investissements dans le secteur des soins somatiques aigus. La rémunération des investissements est également comprise dans les forfaits de psychiatrie et de réadaptation, par une majoration d'environ 5%. Pour l'ambulatoire hospitalier, il n'y a par contre pas eu de supplément pour rémunérer l'utilisation des investissements, cela n'ayant pas été convenu dans le cadre des négociations tarifaires.

Prestations d'intérêt général

Les prestations d'intérêt général ne font pas partie de la rémunération LAMal. Il appartient aux cantons de déterminer si et dans quelles mesures ils entendent les financer. La LAMal ne donne pas une définition exhaustive de ces prestations. Elle indique (art. 49 al. 3) qu'elles comprennent en particulier :

- le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ;
- la recherche et la formation universitaire.

En Valais, les prestations suivantes ont été reconnues comme prestations d'intérêt général par décision du Conseil d'Etat du 21 novembre 2012 : les services d'urgences, la néonatalogie, le centre de consultation de la mémoire, l'équipe mobile de soins palliatifs, la coordination du don d'organe, la prévention du suicide et la formation universitaire. Il est également envisagé de reconnaître certaines prestations de psychiatrie en tant que prestations d'intérêt général (centres de consultation, hôpitaux de jour).

Incidences financières pour le canton : estimations pour 2012

Le supplément de charge lié au nouveau financement hospitalier est estimé pour 2012 à 20.9 millions de francs pour le canton, comme le montre le tableau suivant :

RSV (y compris HDC) : modification du taux de couverture par le canton et intégration des investissements dans les tarifs	0.6 mio.
RSV (y compris HDC) : facturation de la valeur résiduelle des infrastructures propriété du canton (loyer)	-12.5 mio.
Participation du canton aux hospitalisations hors canton liées au libre choix de l'hôpital	20.9 mio.
Participation du canton aux tarifs pour les cliniques privées ayant reçu un mandat de prestations	11.9 mio.
Total	20.9 mio.

Les 20.9 millions de francs de charges supplémentaires pour le canton liées au libre choix de l'hôpital déchargent d'autant les assurances complémentaires. Il s'agit d'hospitalisations hors canton sans raison médicale au sens de la LAMal, qui, auparavant, étaient à charge des assurances complémentaires.

3.1.4 Marge manœuvre des cantons

La marge de manœuvre laissée par la LAMal aux cantons porte essentiellement sur les éléments suivants :

- définition des conditions à remplir pour être considéré comme un hôpital au sens de la LAMal (art. 39, al. 1, let. a à c) ;
- définition des besoins dans les domaines des soins hospitaliers stationnaires, des maisons de naissance et des établissements médico-sociaux (EMS) ;
- application des critères de planification ;
- conditions imposées aux établissements privés pris en compte dans la planification ;
- collaboration avec d'autres cantons ;
- répartition des disciplines médicales ;
- définition des investissements et modalités décisionnelles relatives aux investissements ;
- définition des prestations d'intérêt général et de leur rémunération par le canton.

3.2 Législation sanitaire cantonale

3.2.1 Bref historique

Le XIX^{ème} siècle voit l'émergence des premières réglementations en matière de surveillance des professions de la santé, de lutte contre les épidémies et d'hygiène publique. Face à l'augmentation considérable des coûts des hôpitaux pour les communes, la loi sanitaire de 1896 est remplacée par la loi sur la santé de 1961. La nouvelle loi introduit une augmentation de la participation financière du canton, un renforcement de la surveillance de la gestion hospitalière et l'introduction d'une planification hospitalière.

Une nouvelle loi est adoptée en 1988 (loi sur la participation financière des collectivités publiques aux frais d'investissements et d'exploitation des établissements sanitaires publics). Elle accroît une nouvelle fois la participation du canton aux frais des hôpitaux. Le service de la dette des hôpitaux (amortissements et intérêts) est repris par le canton. Le respect de la planification devient une condition de subventionnement.

La perspective de l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996 a donné l'impulsion à l'élaboration d'une nouvelle loi cantonale sur la santé adoptée le 9 février 1996. La loi de 1961 avait été sujette à de nombreuses ordonnances d'application. Pour pallier ce problème, on choisit la forme d'une loi-cadre qui définit les principes fondamentaux qui doivent présider à l'action des différents partenaires (surveillance, planification, financement, droit des patients, etc.).

Après une décennie de crise des finances publiques et après l’échec des lignes directrices de 2000, les établissements hospitaliers et les instituts médico-techniques reconnus d’intérêt public (notamment l’Institut central des hôpitaux valaisans – ICHV) ont été regroupés au sein du Réseau Santé Valais (RSV) par décret du 1^{er} février 2002. Ce décret a été révisé le 4 septembre 2003 afin de donner au RSV la pleine compétence pour diriger et gérer les établissements qui le compose. Ce deuxième décret a également supprimé la participation financière des communes aux dépenses d’investissement et d’exploitation des hôpitaux. Les communes ont ainsi été libérées d’une participation financière annuelle de plus de 30 millions de francs (33.5 millions de francs en 2003).

3.2.2 Situation actuelle

La création du RSV par voie de décret ainsi que la révision de la LAMal par étapes ont conduit le canton à scinder sa législation en trois parties : la loi sur les établissements et institutions sanitaires, la loi sur la santé et la loi sur les soins de longue durée.

Les dispositions de planification et de financement des établissements et institutions sanitaires ont été intégrées dans la loi sur les établissements et institutions sanitaires du 12 octobre 2006 (LEIS 2006). Cette loi comprend une partie générale s’appliquant à tous les établissements sanitaires (y compris EMS et CMS), ainsi que les dispositions spécifiques relatives aux hôpitaux. Elle fixe également les dispositions régissant le RSV, en remplacement du décret de 2003, confirmant ainsi la mise en réseau des établissements et institutions reconnus d’intérêt public. Elle règle les modalités de transfert de la propriété des infrastructures immobilières (terrains et constructions) au canton.

Les autres dispositions de la loi sur la santé de 1996 ont été entièrement révisées et complétées pour faire l’objet de la nouvelle loi sur la santé du 14 février 2008 fixant l’organisation des autorités de la santé, les droits des patients, la surveillance, la promotion de la santé et la prévention, ainsi que la lutte contre les maladies transmissibles.

Comme indiqué en introduction, suite à la modification de la LAMal sur le financement hospitalier du 21 décembre 2007, une nouvelle loi sur les établissements et institutions sanitaires a été adoptée le 17 mars 2011 qui a été refusée en votation populaire le 23 octobre 2011. Les adaptations du droit cantonal ont été apportées par le décret concernant le financement hospitalier du 15 décembre 2011.

Parallèlement, les nouvelles dispositions fédérales concernant le financement des soins de longue durée (soins à domicile, soins en EMS) ont imposé une autre adaptation du droit cantonal. Celle-ci s’est faite par l’adoption du décret sur le financement des soins de longue durée du 5 mai 2010, entré en vigueur au 1^{er} janvier 2011, avec validité jusqu’au 31 décembre 2013 au plus tard, dans l’attente d’une loi spécifique. Une loi sur les soins de longue durée a été adoptée par le Grand Conseil le 14 septembre 2011. Un référendum a été déposé contre cette loi en décembre 2011. Le vote populaire n’a pas encore eu lieu.

Droit en vigueur	Remarques
Loi sur les établissements et institutions sanitaires du 12 octobre 2006 (LEIS)	Entrée en vigueur le 1 ^{er} février 2007 (devra être remplacée par la future LEIS)
Loi sur la santé du 14 février 2008	Entrée en vigueur le 1 ^{er} juillet 2009
Décret sur le financement des soins de longue durée du 5 mai 2010	Entré en vigueur le 1 ^{er} janvier 2011 avec validité jusqu'au 31 décembre 2013 au plus tard (devra être remplacé par la future loi sur les soins de longue durée)
Décret concernant le financement hospitalier du 15 décembre 2011	Entré en vigueur le 1 ^{er} janvier 2012 avec validité jusqu'au 31 décembre 2014 au plus tard (devra être remplacé par la future LEIS)

3.3 Résultats de l'audit sur le RSV, l'ICHV et l'OVS

Les principaux constats et recommandations de l'audit réalisé par la Fédération Hospitalière de France (FHF) sur le Réseau Santé Valais (RSV), l'Institut Central des Hôpitaux Valaisans (ICHV) et l'Observatoire Valaisan de la Santé (OVS) sont rappelés ci-dessous.

3.3.1 Réseau Santé Valais (RSV)

La qualité des soins au RSV a été évaluée par l'audit de la FHF comme étant « globalement satisfaisante » (p. 143 du rapport d'audit³). Les auditeurs relèvent le caractère « visionnaire » (p. 144 du rapport d'audit) de la planification hospitalière de 2004. Ils mentionnent toutefois différents éléments susceptibles d'être améliorés. Le rapport d'audit souligne la nécessité de poursuivre le processus de concentration des disciplines médicales, la dispersion actuelle conduisant à un morcellement des équipes et à de nombreux transferts de patients d'un site à l'autre. Afin de maintenir le niveau de qualité élevé des prestations actuelles, l'audit recommande de poursuivre le processus de concentration initié par les planifications précédentes.

S'agissant de l'organisation administrative, l'audit préconise de simplifier la structure organisationnelle du RSV. Deux scénarios sont proposés, à savoir :

- un scénario privilégiant l'intégration dans lequel la logique des centres hospitaliers est abandonnée au profit d'une logique de départements fédérés par une direction générale (p. 132 du rapport d'audit) ;
- un scénario privilégiant la différenciation basé sur deux centres hospitaliers : le Centre hospitalier du Valais romand et le centre hospitalier du Haut-Valais (p. 134 du rapport d'audit).

L'audit préconise également de replacer l'activité médicale au cœur de l'hôpital, de revoir la composition du conseil d'administration pour en faire une interface stratégique entre le niveau politique et la direction générale, de mettre en place un audit interne et d'améliorer la communication interne, notamment auprès des patients et de leurs proches, et externe.

Au niveau de l'organisation médicale, l'audit recommande de renforcer la place institutionnelle des médecins et du personnel soignant. Cela suppose une évolution du conseil d'administration, la mise en place d'une instance de consultation et d'expression des médecins et des soignants ou encore l'élaboration d'un projet médical.

Sont également préconisées des mesures telles que la contractualisation avec les départements, le renforcement des relations entre l'hôpital et les médecins installés en

³ http://www.vs.ch/NavigData/DS_63/M16284/fr/2011_Rapport_FHF_audit_RSV_fr.pdf
(www.vs.ch/sante -> Hôpitaux -> Réseau Santé Valais (RSV))

pratique privée, ainsi que la réorganisation des structures déontologiques et disciplinaires à l'égard des médecins et du personnel paramédical.

3.3.2 Institut Central des Hôpitaux Valaisans (ICHV)

Les auditeurs qualifient l'ICHV de plateforme multidisciplinaire de premier ordre et de haut niveau de prestations. Ils estiment que son statut de fondation d'utilité publique intégrée au RSV devrait faire l'objet d'une réflexion. A ce sujet, ils relèvent que si la fondation ne peut être dissoute ou si sa dissolution apparaît très complexe, une même composition pour le Conseil d'administration du RSV et le Conseil de fondation semble une harmonisation minimale indispensable.

3.3.3 Observatoire Valaisan de la Santé (OVS)

L'audit constate qu'avec l'OVS, le canton dispose d'un système d'information performant et de qualité. Le positionnement de l'OVS devrait cependant être précisé en lui donnant un statut autonome par rapport au RSV et au canton. Son mode de gouvernance devrait être repensé. Il est également recommandé de mieux communiquer à l'interne et à l'externe sur les indicateurs produits par l'OVS.

3.4 Rapport de la Commission de gestion du Grand Conseil (COGEST)

En sa qualité d'autorité de haute surveillance, la Commission de gestion du Grand Conseil (COGEST) a décidé en 2010 d'analyser le secteur de la santé publique en Valais, suite aux critiques émises après le départ d'un médecin-chef. Dans son rapport du 30 mars 2011, elle émet diverses critiques et formule diverses demandes, notamment en ce qui concerne la surveillance et la gestion.

La COGEST estime que, bien que l'autorité de surveillance ne doive pas s'insérer dans l'opérationnel, « *les entités de surveillance doivent être actionnées et/ou qu'elles doivent intervenir lorsque des informations sur des faits potentiellement graves ayant trait aux entités opérationnelles leur sont connues* » (p. 8 du rapport de la COGEST⁴). Elle demande au Conseil d'Etat de fixer les critères de qualité principaux attendus dans les mandats de prestations avec le RSV et avec les autres prestataires de services. Elle lui demande également de se déterminer sur l'organisation effective qui doit prévaloir, en termes de surveillance et de qualité des soins.

Au niveau de l'organisation hospitalière, la COGEST est d'avis que les collaborations et les complémentarités entre sites hospitaliers doivent être encore plus recherchées et renforcées. Elle demande au Conseil d'Etat de se déterminer à nouveau sur le rôle des sites et de réexaminer la répartition des disciplines dans les sites et les régions, pour que le développement de leurs infrastructures se fasse en cohérence et en conséquence. Elle demande aussi au Conseil d'Etat de veiller à ce que le RSV assure la motivation de son personnel et un climat de travail serein.

3.5 Référendum contre la LEIS 2011

Le référendum contre la LEIS du 17 mars 2011 a été lancé par des médecins valaisans estimant que cette loi a été élaborée sans accorder l'attention nécessaire aux sollicitations formulées par le corps médical et avant que soient publiés l'audit sur le RSV et le rapport de la COGEST.

⁴ http://www.vs.ch/Public/public_vos/vosd_load_document.asp?id=103&year=2011&mode=MEMORIAL
(www.vs.ch/parlement -> Sessions passées -> Tous les documents -> 2011 -> Commission de gestion)

Les principaux reproches formulés par les référendaires contre la LEIS 2011 concernaient la suppression des dispositions prévoyant l’attribution des disciplines médicales de pointe à l’hôpital de Sion, le refus d’ancrer le bilinguisme dans la loi pour les disciplines centralisées, la diminution de la représentation des trois régions dans certains articles de la loi, l’absence de renforcement du rôle du corps médical sur la planification et la gestion hospitalière, ainsi que l’absence d’une structure indépendante du RSV pour défendre les intérêts des patients et évaluer la qualité des soins.

Les référendaires demandaient d’intégrer dans la LEIS l’attribution des disciplines centralisées à l’hôpital de Sion, le bilinguisme pour ces disciplines, ainsi que les recommandations formulées par l’audit sur le RSV et la COGEST, en particulier le renforcement du poids du corps médical dans la planification et la gestion hospitalières.

Pour une meilleure participation du corps médical, il était proposé que la Société Médicale du Valais (SMV) devienne un organe de consultation dans le domaine de la planification sanitaire, avec possibilité de prise de position officielle à l’intention du Grand Conseil. Au niveau du RSV, les référendaires demandaient d’intégrer au conseil d’administration des représentants des médecins installés et des représentants des médecins hospitaliers, et d’accroître le pouvoir décisionnel du corps médical au sein de l’hôpital notamment par la création d’un conseil des médecins et des autres professionnels de la santé. De manière plus générale, ils proposaient aussi la création d’une plate-forme d’information politique neutre, responsable d’une information objective, rapide et compréhensible de la population et des professionnels.

Ces éléments ont été longuement discutés par la commission. Plusieurs propositions reprennent ces problématiques dans l’avant-projet de loi.

4 Thématiques générales

Un nombre important de propositions d’aménagements de la LEIS ont été analysées et débattues par la commission. Les principales thématiques soulevées peuvent être regroupées en quatre domaines qui sont développés ci-après : la qualité des soins et la sécurité des patients, le bilinguisme, la planification sanitaire et le Réseau Santé Valais (RSV). Les propositions retenues et amendées par la commission sont quant à elles présentées dans le cadre de l’analyse article par article aux points 5 et 6.

4.1 Qualité des soins et sécurité des patients

Les questions liées à la qualité des soins et à la sécurité des patients ont été placées au centre des débats de la commission. Plusieurs propositions ont été introduites dans l’avant-projet de loi, mais également au niveau de la loi sur la santé.

4.1.1 Meilleure représentation du corps médical

L’audit sur le RSV préconise de replacer l’activité médicale au cœur de l’hôpital et de renforcer la place institutionnelle des médecins et du médical. Cette thématique était également au cœur de la campagne référendaire. L’avant-projet de loi comprend un certain nombre de propositions dans ce sens, notamment au niveau de la composition de la commission de planification sanitaire et du conseil d’administration de l’Hôpital du Valais (RSV). Il est également proposé de créer un conseil médical au sein du RSV.

4.1.2 Surveillance et contrôle de la qualité

Divers propositions ont été formulées en vue du renforcement de la surveillance des établissements et institutions sanitaires. Elles portent entre autres sur le contrôle de la qualité, le renforcement de la surveillance, le développement d'indicateurs, la médiation et l'accès au dossier médical.

4.1.3 Coordination entre fournisseurs de soins

Le renforcement de la coordination entre les fournisseurs de soins fait également l'objet de propositions. Les secrétaires généraux du Groupement valaisan des CMS et de l'Association valaisanne des EMS (AVALEMS) ont été auditionnés à ce sujet. Ils ont présentés les problèmes liés à l'organisation actuelle de l'instance cantonale de coordination, en particulier la nécessité de neutralité vis-à-vis des partenaires et la problématique de la transmission du dossier de soins. La commission a relevé la nécessité de mieux coordonner la prise en charge des patients à la sortie de l'hôpital en raison notamment de la réduction des durées de séjour. La coordination devra également s'étendre à l'avenir à l'ensemble des placements en EMS et l'information à la population est à développer.

4.2 Bilinguisme

La problématique du bilinguisme a été largement débattue dans le cadre de la campagne référendaire. Pour la commission, il s'agit d'un axe politique fort visant à assurer la cohésion cantonale au niveau de la politique sanitaire et hospitalière, ainsi que la qualité de la prise en charge.

La Constitution cantonale règle le bilinguisme pour l'administration, la justice et la législation, mais pas pour le domaine de la santé. La commission propose d'introduire une base légale garantissant la pratique du français et de l'allemand pour la prise en charge des patients dans les établissements hospitaliers auxquels la planification attribue une mission centralisée.

Pour le patient, la possibilité d'être soigné dans sa langue maternelle constitue tout d'abord un droit que la loi doit consacrer. Ensuite, il constitue un critère important dans le choix de l'hôpital. Assurer le bilinguisme dans les disciplines centralisées contribuera à maintenir un volume de patients suffisant pour pouvoir continuer à offrir ces prestations en Valais et maintenir ainsi un niveau de médecine élevé dans le canton.

4.3 Planification sanitaire

La planification sanitaire a constitué un thème central de réflexion, notamment en ce qui concerne le rôle que devrait jouer la planification dans le futur.

4.3.1 Evolution de la planification sanitaire

Dans la première moitié du XX^{ème} siècle, il n'existait pas de véritable planification sanitaire. Chaque région a développé son propre hôpital (Brigue, Viège, Sierre, Sion, Martigny, St-Maurice et Monthey).

La nouvelle loi sur la santé de 1961 a introduit les prémices de la planification sanitaire, en chargeant le canton de coordonner et harmoniser les moyens. La planification adoptée sur cette base en 1966 proposait de réduire à 3 le nombre d'hôpitaux (Martigny, Sion et Viège). Elle n'est pas entrée en vigueur, faute de dispositions légales contraignantes.

Entre 1970 et 1990, les 7 hôpitaux régionaux ont tous fait l'objet de travaux d'agrandissements et de transformations, ou ont été reconstruits (Brigue en 1978, Sion en 1979, et plus tard Sierre en 1997). Le maintien de ces 7 établissements marque encore le paysage hospitalier valaisan actuel.

Pour faire face à l'augmentation des coûts de la santé, la nouvelle loi de 1988 a fait du respect de la planification sanitaire une condition de subventionnement. Puis, avec l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, le respect de la planification cantonale est devenue une condition nécessaire pour avoir droit au financement par l'assurance obligatoire des soins (assurance de base). Ces législations ont permis au Conseil d'Etat d'imposer une forte réduction du nombre de lits de soins somatiques aigus, dont le nombre total est passé de 1'400 en 1985 à 700 actuellement, et de centraliser certaines disciplines à l'hôpital de Sion (chirurgie cardiaque, cardiologie interventionnelle, neurochirurgie spécialisée, radiothérapie).

Avec la mise en réseau des hôpitaux d'intérêt public, une répartition des disciplines a pu être mise en œuvre pour la première fois dans le canton à partir de 2004. Les soins intensifs, les cas lourds et/ou non programmés ainsi que les urgences majeures ont été attribués aux hôpitaux de Viège, Sion et Monthey. Les autres établissements se sont vus attribuer le traitement des cas simples et/ou programmés, ainsi que les activités de gériatrie et de psychiatrie. Ils ne disposent pas de soins intensifs et leurs salles d'opération sont fermées la nuit et les week-ends. La centralisation de certaines disciplines sur l'hôpital de Sion s'est poursuivie (chirurgie thoracique, pneumologie, néonatalogie).

4.3.2 La planification selon les nouvelles dispositions fédérales

Les nouvelles dispositions de la LAMal sur le financement hospitalier ont soulevé un certain nombre de questions et d'interprétations divergentes quant au rôle de la planification cantonale. Le libre choix de l'hôpital et la mise sur pied d'égalité des établissements publics et privés en matière de financement ont amené ces derniers à revendiquer une implication réduite des pouvoirs publics.

Ainsi, lors de son audition par la commission, la clinique de Valère a fait valoir les revendications, qu'elle avait d'ailleurs déjà formulées dans le cadre de l'élaboration de la LEIS 2011, notamment :

- abandonner le contrôle des capacités par la limitation du nombre de lits ;
- renoncer à la disposition obligeant les établissements privés à soumettre leur budget à l'approbation du département en charge de la santé ;
- abandonner la notion de discipline à caractère cantonal afin de ne pas limiter la concurrence ;
- limiter le subventionnement complémentaire cantonal, celui-ci ne devant pas financer des prestations LAMal, sans quoi il y aurait inégalité de traitement entre établissements publics et privés.

La clinique de Valère a également rappelé que 80% de son activité (ambulatoire et stationnaire) relève de l'assurance obligatoire des soins (assurance de base), ce qui s'explique par le fait que seuls 5 à 7% de la population valaisanne dispose d'une assurance complémentaire en division privée ou demi-privée.

L'arrêt du Tribunal fédéral du 10 juillet 2012 concernant le recours contre la loi tessinoise d'application de la LAMal fournit un éclairage important sur le rôle dévolu aux cantons en matière de planification. Le Tribunal fédéral conclut que les dispositions suivantes de la loi tessinoise sont conformes à la LAMal:

- la gestion des quantités (définition d'un volume maximal de prestations par établissement) en tant qu'élément lié à l'économicité dans le cadre de la planification cantonale ;

- les sanctions en cas de dépassement du volume maximal de prestations ;
- le versement d'une contribution globale fixée annuellement pour chaque fournisseur de prestations ;
- l'obligation d'accueillir au moins 50% de patients financés exclusivement par l'assurance obligatoire des soins pour pouvoir figurer sur la liste hospitalière cantonale ;
- la prise en compte uniquement des investissements en lien avec le mandat de prestations pour déterminer la part du tarif servant à la rémunération des investissements (comptabilisation séparée des montants encaissés à ce titre) ;
- l'évaluation de la qualité et de l'économicité sur la base du nombre minimum de cas et de l'exploitation des synergies ;
- la possibilité de prévoir dans le mandat de prestations le respect des conditions de travail usuelles du secteur hospitalier ;
- la possibilité pour le canton d'assister aux négociations tarifaires.

Dans ses considérants, le Tribunal fédéral relève notamment que la régulation de l'offre par le marché ne peut avoir qu'une portée limitée sur le système sanitaire, car les agents décidant de l'utilisation des prestations (médecins, patients, etc.) n'en supportent pas directement les coûts. Il souligne que la planification hospitalière doit d'une part éviter les surcapacités et d'autre part couvrir les besoins justifiés. Du fait que la nouvelle législation exige des cantons qu'ils contribuent également au financement des traitements fournis dans les hôpitaux privés, le Tribunal fédéral conclut que les cantons doivent avoir, dans le cadre de la planification hospitalière, la possibilité de limiter les quantités afin d'éviter une augmentation illimitée des coûts.

4.4 Réseau Santé Valais (RSV)

La LEIS comprend un chapitre portant sur l'organisation du RSV. Une large part des débats de la commission y a donc été consacrée, au vu également de l'importance du RSV dans le paysage hospitalier cantonal, celui-ci réalisant le 95% des hospitalisations dans le canton.

4.4.1 Positionnement dans le contexte suisse

Avec l'entrée en vigueur du libre choix de l'hôpital et des nouvelles modalités de financement en 2012, le RSV se trouve confronté à une concurrence accrue s'exerçant au niveau national. Sa place doit être redéfinie dans ce nouveau contexte.

Trois niveaux de disciplines médicales sont à distinguer :

- la médecine hautement spécialisée, planifiée au niveau fédéral ;
- les disciplines de base (médecine interne générale, chirurgie générale, gynécologie, obstétrique, orthopédie) ;
- les disciplines se situant entre ces deux niveaux appelées disciplines spécialisées.

La LEIS 2006 fait référence à ces disciplines intermédiaires sous les termes de « disciplines médicales de pointe » (art. 3, al. 2, let. e). Cette formulation n'est cependant plus adéquate, car elle fait référence aux disciplines figurant au sommet de la pyramide et non pas au niveau intermédiaire. Dès lors, il est proposé d'utiliser la dénomination de disciplines spécialisées. La commission est d'avis que le RSV doit continuer à offrir des prestations spécialisées, centralisées à l'hôpital de Sion, en collaboration avec les centres universitaires. Les conditions cadre de la loi doivent favoriser cet objectif. L'enjeu consiste à conserver ces disciplines en Valais, ce qui suppose leur regroupement sur un seul site afin d'atteindre la masse critique requise. Il s'agit de disposer du volume de patients nécessaire pour garantir la qualité des soins, la sécurité des patients, l'attractivité pour le personnel et un bon positionnement de l'hôpital.

La définition des disciplines spécialisées se fera en tenant compte des critères de masse critique et d'économicité des prestations, sur la base des standards nationaux et internationaux. Quant aux disciplines de base, dans l'avant-projet, leur offre est garantie dans les trois régions du canton, pour des raisons de proximité des soins au vu de la géographie du canton et également pour des raisons linguistiques.

4.4.2 Autonomie

Le RSV revendique davantage d'autonomie dans le cadre de son statut actuel d'établissement autonome de droit public. L'autonomie souhaitée porte en particulier sur son organisation, ses stratégies et ses règles et procédures pour atteindre les objectifs. Il s'agit notamment des priorités de développement, des stratégies médicales et soignantes, de l'assurance qualité, de la médiation, de l'allocation des ressources, de la rémunération des médecins, etc. Le RSV se veut également responsable de ses performances. La capacité de financement à travers les SwissDRG relève de la responsabilité de l'hôpital.

Pour ce faire, il souhaite la conclusion d'un contrat de prestations avec le canton, contrat fixant les objectifs et les résultats attendus. Les objectifs porteraient notamment sur le développement des infrastructures selon la planification sanitaire, la coopération avec les médecins installés, les CMS, les EMS et les centres universitaires, etc. Les résultats seraient exprimés sous forme d'indicateurs synthétiques (qualité et utilité des soins, satisfaction des patients, etc.).

5 Commentaire article par article de l'avant-projet de LEIS

Le commentaire article par article renvoie aux propositions retenues par la commission dans l'élaboration de l'avant-projet de loi. Les éléments repris de la LEIS 2006, de la LEIS 2011 et du décret concernant le financement hospitalier du 15 décembre 2011 sont également mentionnés et commentés.

5.1 Chapitre 1 : Dispositions générales

Section 1 : Principes généraux

Art. 1 : But

La commission propose l'introduction d'un nouvel article 1^{er} qui précise le but général de la loi, à savoir assurer la couverture des besoins en soins dispensés par les établissements et institutions sanitaires. Il s'agit non seulement des soins dispensés à l'hôpital, mais également des soins de longue durée (EMS, CMS, structures de soins de jour ou de nuit). Le secteur ambulatoire non hospitalier n'est pas concerné par la LEIS.

Art. 2 : Objet

L'objet de la loi n'est pas modifié par rapport à LEIS 2011. La LEIS règle les dispositions générales de planification et de subventionnement pour tous les établissements et institutions sanitaires (hôpitaux, EMS, CMS, etc.), ainsi que les dispositions spécifiques relatives aux hôpitaux et au RSV (voir également point 3.2 ci-devant).

Art. 3 : Définitions

L'article relatif aux définitions a été repris de la LEIS 2006 et adapté lors de l'élaboration de la LEIS 2011.

La lettre a fait référence non seulement à l'article 39 LAMal relatifs aux hôpitaux et autres institutions, mais également à l'article 84 alinéa 2 de la loi sur la santé. Cette précision est nécessaire étant donné que l'article 39 LAMal ne comprend pas les organisations de soins à domicile. Afin de lister plus précisément les établissements et institutions concernés, la commission propose de faire référence à l'article 85 alinéa 1 lettres a, c, d et f de la loi sur la santé, à savoir les établissements hospitaliers, les établissements médico-sociaux pour personnes âgées, les centres médico-sociaux et les instituts médico-techniques liés aux hôpitaux. Elle propose également d'intégrer à la lettre b la définition des autres établissements et institutions sanitaires, sur la base de l'article 39 alinéa 2 de la LEIS 2006. Les termes de « privation de liberté à des fins d'assistance » sont remplacés par « placements à des fins d'assistance » conformément au nouveau droit fédéral (CC).

Les lettres c et d différencient l'obligation du canton de participer au financement hospitalier découlant de la LAMal et les éventuelles subventions qu'il peut allouer aux hôpitaux selon sa propre politique, ses compétences et sa législation en la matière (voir également ci-dessous le commentaire relatif à la section 4 du chapitre 1 de la loi). Les lettres e, f et g reprennent les termes et définitions de la LAMal.

Art. 4 : Egalité des sexes

Le titre de cet article est modifié de manière à correspondre à celui de l'article 4 de la loi sur la santé.

Art. 5 : Bilinguisme

Comme indiqué au point 4.2, la commission propose l'introduction d'un article spécifique visant à assurer la pratique du français et de l'allemand pour la prise en charge des patients dans les établissements hospitaliers auxquels la planification attribue une mission centralisée. Cette décision a été prise à l'unanimité de la commission, avec une abstention.

Consciente qu'il est difficile de trouver du personnel qualifié bilingue, la commission relève que des solutions existent. Ainsi, une partie seulement du personnel doit être bilingue. De plus, des mesures pourraient être prises au niveau de la formation continue afin de favoriser le bilinguisme. Les programmes d'échange de personnel entre sites hospitaliers devraient se poursuivre et se développer. Des moyens devront être dégagés afin de pouvoir financer la mise en place du bilinguisme. La commission relève aussi que certains hôpitaux, comme l'Inselspital, disposent déjà de services bilingues, ce qui constitue également un avantage concurrentiel. En regard de l'évolution des hospitalisations hors canton, cette question semble cruciale aux yeux de la commission.

Art. 6 : Autorités compétentes

L'article 5 reprend les dispositions de la LEIS 2006 (art. 3, 10, 11 et 12) en réunissant l'ensemble des autorités compétentes en matière de planification et de subventionnement.

A l'alinéa 1, la commission propose de préciser que la planification est établie en collaboration avec les partenaires concernés. Il s'agit de tenir compte des revendications formulées dans le cadre de la campagne référendaire et des recommandations de l'audit sur le RSV. L'implication des partenaires est précisée dans d'autres articles, en particulier celui sur la commission de planification sanitaire.

Le caractère périodique de la planification prévu dans la LEIS 2006 et dans la LEIS 2011 est maintenu. La commission a discuté l'opportunité de préciser la périodicité, par exemple sous forme quadriennale. Elle a cependant renoncé à introduire cette précision, afin de permettre au Conseil d'Etat de tenir compte du caractère évolutif de la planification et de conserver à la fois une certaine souplesse et une vision de long terme. Il s'agit également de tenir compte du fait que le rythme de révision des planifications diffère selon les secteurs (soins hospitaliers, soins de longue durée, secours).

La disposition de l'article 4 LEIS 2011 (al. 2) concernant le rapport annuel du Conseil d'Etat sur sa politique sanitaire à l'attention du Grand Conseil est transférée dans la loi sur la santé (art. 5, al. 4 nouveau) (voir art. 50 ci-après).

En ce qui concerne la surveillance des établissements et institutions sanitaires par le Conseil d'Etat, le renvoi aux autres dispositions de la législation sur la santé est supprimé, celles-ci s'appliquant sans qu'il soit nécessaire de le rappeler dans le cadre de cet article.

La disposition de l'article 4 LEIS 2011 (al. 5) faisant référence aux compétences respectives du Conseil d'Etat et du Grand Conseil concernant l'Hôpital du Valais est également supprimée, ces compétences étant définies aux articles 37 et 38 de la loi.

Section 2 : Planification sanitaire

Art. 7 : Planification sanitaire

Cet article reprend les dispositions prévues par la LEIS 2006 et 2011 et les complète sur différents aspects.

Prise en considération des établissements publics et privés (al. 1, let. d)

A la lettre d, il est précisé que la liste des établissements et institutions sanitaires prend en considération de manière adéquate les institutions et établissements publics et privés. La LEIS 2011 ne faisait référence qu'à la prise en considération de manière adéquate des institutions et établissements privés.

Gestion des quantités (al. 1, let. e et f)

Conformément aux critères de planification fixés par le Conseil fédéral (OAMal, art. 58c), la planification est liée aux prestations dans le domaine des soins somatiques aigus. Pour les domaines de la réadaptation, la planification peut être liée aux prestations ou aux capacités, alors que pour les établissements médico-sociaux elle est liée aux capacités (OAMal, art. 58c, let b et c).

La planification liée aux prestations est basée sur les données relatives aux prestations fournies et non plus sur les données de gestion telles que la durée du séjour ou le taux

d'occupation des lits. Ces dernières sont utilisées dans le cadre d'une planification liée aux capacités.

La planification liée aux prestations se base sur une analyse détaillée des besoins par groupes de prestations. Elle définit un volume maximal pour chaque groupe de prestations. Elle est donc plus précise que les planifications précédentes qui définissaient un nombre total de lits pour l'ensemble de l'établissement.

En application de ces critères, les alinéas e et f prévoient que la planification porte sur les prestations pour chaque fournisseur de soins somatiques aigus et sur le nombre total de lits pour chaque fournisseur de soins de réadaptation ou de psychiatrie ainsi que pour chaque établissement médico-social pour personnes âgées.

La commission a discuté diverses options et a finalement décidé de faire référence uniquement aux prestations pour les soins somatiques aigus, sans introduire la notion de volume maximal, afin de permettre une plus grande ouverture du marché et d'éviter aux établissements concernés de devoir refuser la prise en charge de patients une fois la limite autorisée atteinte.

Zones hospitalières (al. 5)

La LEIS 2006 (art. 3, al. 2, let. e) prévoit une délimitation de trois zones hospitalières correspondant au Haut-Valais, au Valais central et au Chablais avec au moins un hôpital de soins aigus par zone. L'avant-projet de LEIS 2011 avait supprimé la référence aux zones hospitalières, car, selon les nouvelles dispositions de la LAMal sur le financement hospitalier, l'attribution des mandats aux établissements ne peut pas être prédéfinie dans la loi. Elle doit se faire conformément aux critères de planification fixés par le Conseil fédéral, en particulier selon l'article 58b OAMal qui stipule que le choix de l'offre se fait en tenant compte du caractère économique et de la qualité de la fourniture de prestations, de l'accès des patients au traitement dans un délai utile et de la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations. Dans le cadre des débats parlementaires, le Grand Conseil a ajouté une nouvelle disposition prévoyant ce qui suit : « Les soins stationnaires de base et aigus ainsi que la réadaptation stationnaire sont impérativement offerts chacun dans les trois régions du canton du Valais » (LEIS 2011, art. 5, al. 5).

La commission s'est prononcée à l'unanimité pour le maintien de cette disposition et l'a complétée en précisant que les régions correspondent au Haut-Valais, au Valais central et au Chablais. Elle rappelle que, dans le cadre de la création de l'Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais, le Chablais valaisan est délimité par le district de Monthey ainsi que cinq communes du district de St-Maurice.

Par rapport à la compatibilité de cette disposition avec les nouvelles dispositions de la LAMal sur le financement hospitalier, il y a lieu de relever que la LAMal laisse la possibilité aux cantons de maintenir des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale, mais les coûts non financés par la LAMal sont alors à la charge du canton en tant que prestations d'intérêt général (art. 49 al. 3 LAMal).

Régions sanitaires

La LEIS 2006 (art. 3, al. 2, let d) et la LEIS 2011 (art. 5, al. 1, let. d) prévoient que la planification sanitaire porte notamment sur la délimitation des régions sanitaires. La notion de région sanitaire englobant tous les secteurs de la santé (soins hospitaliers, soins de longue durée, secours), cette disposition est transférée dans la loi sur la santé (art. 5, al. 1) et reformulée de façon à pouvoir définir des régions différentes selon les types de soins (voir art. 50 ci-après).

Disciplines spécialisées et hôpital cantonal (al. 6)

La commission propose à ce sujet l'introduction d'un alinéa spécifique, formulé de façon compatible avec les dispositions de la LAMal sur le financement hospitalier. Ce sont ainsi les disciplines spécialisées du RSV (Hôpital du Valais selon la nouvelle dénomination proposée, voir point 5.2 ci-après) qui sont centralisées à l'hôpital de Sion. A ce titre, l'hôpital de Sion porte la dénomination d'hôpital cantonal. Ces décisions ont été prises à l'unanimité de la commission.

Cette formulation permet à d'autres établissements de dispenser des prestations relevant des disciplines spécialisées, à condition toutefois que les exigences liées à l'autorisation d'exploiter et aux critères de planification soient respectées, en particulier le nombre minimum de cas (OAMal, art. 58b, al. 5, let. c). Rappelons qu'il est ici question de disciplines devant être centralisées sur un seul site afin de disposer d'un volume de patients suffisant pour satisfaire aux exigences de qualité, de sécurité et d'économicité.

La centralisation de certaines disciplines à l'hôpital de Sion avait déjà été décidée dans le cadre de la planification de 1996. Ce choix se justifiait par les compétences réunies au sein de cet établissement et les conventions de collaboration conclues avec les hôpitaux universitaires. Par ailleurs, la position géographique de l'hôpital de Sion garantit une égalité d'accessibilité pour tous les Valaisans à ces disciplines. De plus, l'article 5 sur le bilinguisme assure la prise en charge des patients en français et en allemand pour ces disciplines.

Le statut d'hôpital cantonal permet d'identifier l'hôpital de Sion en tant que site offrant des disciplines spécialisées. Cette dénomination lui donnera une meilleure visibilité au niveau national, à l'instar des autres hôpitaux cantonaux. Il s'agit notamment de renforcer sa position envers les centres universitaires et de faciliter le recrutement et la formation des médecins et du personnel spécialisé sur un marché de plus en plus confronté à la pénurie.

Art. 8 : Liste hospitalière et mandats de prestations

Cet article n'est pas modifié par rapport à la LEIS 2011. Il fait référence aux dispositions prévues par la législation fédérale en la matière (voir point 3.1.2 ci-devant).

Art. 9 : Conditions pour l'inscription sur la liste hospitalière cantonale et pour l'octroi de mandats de prestations aux établissements situés en Valais

Cet article fixe les conditions pour l'inscription sur la liste hospitalière cantonale. Ces conditions permettent au canton d'obtenir les informations et les indicateurs permettant de vérifier la conformité aux critères de planification du Conseil fédéral (OAMal art. 58a à 58e). Ces dispositions doivent garantir que la contribution aux tarifs hospitaliers est utilisée à bon escient, par exemple en ce qui concerne le financement des investissements, et satisfaire à l'évaluation du caractère économique des prestations.

Ces conditions sont des dispositions à respecter afin d'être inscrit sur la liste cantonale et, d'après le mandat de prestations reçu, prétendre à un financement dual du canton et des assureurs-maladie pour les séjours hospitaliers. Elles ne doivent pas être confondues avec les conditions générales de subventionnement (article 14) qui découlent exclusivement du droit cantonal et concernent les établissements reconnus d'utilité publique.

Par rapport à la LEIS 2011, la commission apporte les modifications suivantes :

- La lettre b concernant la remise des budgets et des comptes est complétée afin de préciser que cette disposition porte uniquement sur les budgets et comptes liés aux activités correspondant au mandat de prestations. Ces documents sont à remettre

pour le contrôle de l'économicité, en application de l'article 49 alinéa 7 LAMal. Ce dernier prévoit l'obligation pour les hôpitaux de disposer d'instruments de gestion adéquats, notamment une comptabilité analytique. Il précise ce qui suit : « Ces instruments doivent comprendre toutes les données nécessaires pour juger du caractère économique, pour procéder à des comparaisons entre hôpitaux et pour établir la tarification ainsi que la planification hospitalières. Les gouvernements cantonaux et les partenaires tarifaires peuvent consulter les pièces ».

- A la lettre c, il est ajouté que les modalités de l'établissement des statistiques sont fixées en collaboration avec les établissements concernés. Il s'agit essentiellement des statistiques exigées par la Confédération. Le canton est garant de la qualité des données transmises. Il doit également pouvoir obtenir des informations spécifiques nécessaires à la planification sanitaire lorsque ces données ne sont pas fournies par la statistique fédérale.
- Une condition supplémentaire est ajoutée à la lettre g : pour intégrer la liste hospitalière, l'établissement doit être reconnu par l'Institut suisse pour la formation médicale post-graduée et continue (ISFM) comme établissement de formation post-graduée pour les médecins.

Art. 10 : Mandats de prestations

Cet article a été entièrement reformulé par la commission. En application de la LAMal (art. 39), le Conseil d'Etat attribue un mandat de prestations à chaque établissement figurant sur la liste hospitalière. Conformément aux critères de planification du Conseil fédéral (OAMal, art. 58a à 58e) et aux recommandations de la CDS sur la planification hospitalière approuvées le 14 mai 2009, certaines exigences peuvent être fixées dans les mandats.

Afin de garantir la couverture des besoins comme l'exige la LAMal (art. 39), le mandat de prestations peut prévoir l'obligation de disposer d'un service d'urgences, l'obligation de garantir la prise en charge d'un éventail de prestations déterminé et une répartition régionale de l'offre de manière à garantir l'accès des patients au traitement dans un délai utile. Pour des raisons de qualité des prestations et de sécurité des patients, des exigences spécifiques en matière d'infrastructures, de dotation en personnel et de services de soutien peuvent être prévues pour la fourniture de prestations déterminées.

En sus des critères fédéraux de planification et des recommandations de la CDS, l'obligation de contribuer aux activités de promotion de la santé et de prévention peut être intégrée au mandat. Cette disposition ne découle pas directement de la LAMal. Elle montre cependant l'importance que le canton donne à la promotion de la santé et à la prévention, au vu du rôle que peuvent jouer les hôpitaux dans ce domaine.

En sus des mandats de prestations relevant de la LAMal, des contrats de prestations doivent être conclus afin de fixer les modalités d'exécution des mandats, notamment les quantités, les prix et la qualité, conformément aux recommandations découlant du guide de la CDS pour une planification liée aux prestations de juillet 2005.

Il y a lieu ici de préciser que le mandat de prestations, au sens de la LAMal, ne constitue pas un mandat qui serait confié par le canton à des établissements pour fournir certaines prestations, mais la restriction, à des domaines précis, de la possibilité de ces établissements d'exercer à charge de l'assurance obligatoire des soins (assurance-maladie de base). Quant aux contrats de prestations, ils relèvent du droit cantonal et ne font pas partie intégrante de la liste hospitalière LAMal, contrairement aux mandats de prestations LAMal qui eux figurent sur la liste hospitalière LAMal.

Art. 11 : Contrats de prestations

Les dispositions de la LEIS 2011 sur les contrats de prestations sont reprises et complétées. La conclusion de contrats devient obligatoire pour les établissements inscrits sur la liste hospitalière. Les contrats sont conclus avec le département, cette tâche relevant du niveau opérationnel en application du mandat.

Les contrats sont conclus périodiquement. Comme le prévoit le guide de la CDS pour une planification hospitalière liée aux prestations de juillet 2005, les éléments généraux sont fixés dans des contrats-cadres pluriannuels et les variables annuelles (quantités, rémunérations) peuvent être fixées dans des avenants annuels.

Comme le prévoyait la LEIS 2011, les contrats portent sur les résultats attendus, les modalités d'évaluation, le suivi, le contrôle, la contribution de l'Etat, les charges et conditions imposées et les conséquences en cas de non-respect des obligations.

En application de l'article 39 LAMal sur la planification hospitalière et de l'article 41a LAMal sur l'obligation d'admission, le département conclut également des contrats de prestations avec les hôpitaux universitaires afin de garantir la prise en charge des patients valaisans pour les prestations non disponibles dans le canton. Des contrats ont déjà été conclus avec les hôpitaux universitaires, sur la base d'un modèle établi en commun par l'ensemble des cantons latins.

Art. 12 : Commission de planification sanitaire

Cet article a été entièrement reformulé par la commission afin de renforcer le rôle de la commission de planification sanitaire et d'y intégrer une meilleure représentation des professionnels de la santé et des patients. Il s'agit d'en faire un espace de discussion et de concertation sur les orientations de la politique sanitaire.

Rôle (al. 1)

La commission de planification sanitaire est un organe de préavis du Conseil d'Etat en matière de planification sanitaire. Constatant que cette commission n'a pas toujours été pleinement impliquée dans les décisions de planification, il est proposé de la consulter obligatoirement pour les domaines relevant de ses attributions.

Attributions (al. 2)

Les attributions de la commission de planification sanitaire portent sur l'élaboration de la planification sanitaire et des mandats de prestations. Les contrats de prestations ne font pas partie des attributions de la commission. Par contre, la commission prend connaissance des évaluations prévues à l'article 11 sur les contrats de prestations. Ainsi, la commission de planification sanitaire ne préavise que les éléments soumis à décision du Conseil d'Etat (mandats) et non pas les modalités de mise en œuvre fixées entre le canton et les institutions (contrats). Préaviser tous les contrats de prestations impliquerait une charge de travail disproportionnée. De plus, la planification liée aux prestations fournira un degré de précision beaucoup plus élevé que précédemment, rendant ainsi inutile une implication de la commission de planification sanitaire au niveau de contrats de prestations.

Sous-commissions (al. 3)

Des sous-commissions sont constituées pour des domaines spécifiques nécessitant des compétences particulières, notamment la qualité des soins, les conventions intercantionales

et les disciplines spécialisées. Cette structure permet d'éviter de multiplier le nombre de commissions prévues par la législation.

La définition des disciplines spécialisées devant être centralisées en raison de la masse critique requise se fera avec l'aide de spécialistes dans le cadre de la sous-commission y relative. Son rôle sera de délimiter le périmètre des prestations de base et celui des prestations centralisées. Cette délimitation n'est pas claire à l'heure actuelle et évolue avec le temps, en fonction notamment des nouvelles technologies.

Quant aux conventions intercantionales, il s'agit des contrats de prestations conclus afin de garantir la prise en charge des patients valaisans pour les prestations non disponibles en Valais ainsi que des conventions-cadre de collaboration devant être conclues avec les hôpitaux universitaires en vue de garantir la qualité des prestations fournies en Valais, en particulier dans les disciplines spécialisées. Rappelons que ce type de conventions existe déjà depuis le début des années 1990 (cf. point 3.1.2).

Modalités de fonctionnement (al. 4)

L'alinéa 4 fixe les modalités de fonctionnement de la commission (périodicité des séances, secrétariat).

Rapport (al. 5)

La commission devra établir un rapport d'activité et le rendre public.

Composition (al. 6)

La composition de la commission est revue et précisée. La représentation des médecins et des infirmiers est renforcée. La composition de la commission est complétée par une représentation des hôpitaux privés et des patients. Le champ d'activité de la commission portant également sur les soins de longue durée et les secours, la représentation des EMS et des CMS est maintenue et un représentant des secours est ajouté. La commission comprend ainsi 15 membres (contre 11 à 15 dans la LEIS actuelle).

La représentation des communes est par contre abandonnée, tout en maintenant une répartition régionale dans les représentations des médecins non hospitaliers et des patients. La représentation des communes n'est plus nécessaire puisqu'elles ne sont plus propriétaires des hôpitaux et ne participent plus au financement hospitalier. Par contre, elles sont représentées dans les commissions régionales de santé pour les soins de longue durée.

Il appartiendra aux membres de la commission de veiller à une représentation équilibrée des régions dans les sous-commissions qu'elle constituera.

Section 3 : Financement LAMal : principes généraux

Art. 13 : Prestations hospitalières LAMal

Cet article reprend l'ensemble des nouvelles dispositions de la LAMal concernant le financement hospitalier exposées au point 3.1 ci-dessus. Son contenu correspond à celui de la LEIS 2011. Seul l'alinéa 2 est ajouté par la commission afin de donner la possibilité au canton de fixer un budget global au sens de l'article 51 LAMal pour le financement de certaines prestations. Cet instrument permet de gérer les quantités, mais aussi de fournir une garantie de financement pour les hôpitaux en cas d'écart entre l'activité prévue et l'activité effective.

Commission des conventions

Les articles 12 et 13 de la LEIS 2011 concernant la commission des conventions sont supprimés. Cette commission avait été mise sur pied en 1988 avec pour mission d'amener les hôpitaux à passer à un financement basé sur les prestations. Ce processus a abouti en 2005 avec l'introduction des APDRG. Actuellement, cette commission n'est plus nécessaire. De plus, elle a également perdu de son utilité suite à la décision de certains assureurs de négocier séparément les conventions. Le secret d'affaires ne permet depuis lors plus de soumettre les projets de conventions d'un groupe d'assureurs aux autres assureurs.

Section 4 : Subventionnement du canton aux établissements et institutions sanitaires: principes généraux

Alors que la section 3 portait exclusivement sur le financement découlant de la LAMal (participations du canton et des assureurs au financement des séjours hospitaliers), la section 4 concerne quant à elle le financement de prestations dont la prise en charge n'est pas prévue par la LAMal, à savoir en particulier les prestations d'intérêt général (dont la formation universitaire et la recherche) et les activités déléguées.

Financement des séjours hospitaliers (canton, assureurs-maladie)	➔ LAMal
Financement des prestations d'intérêt général, des activités déléguées, etc.	➔ LEIS

Art. 14 : Conditions générales de subventionnement

Cet article fixe les conditions à respecter pour avoir droit au financement cantonal relevant exclusivement du droit cantonal, notamment le financement des prestations d'intérêt général et des activités déléguées. Ces conditions ne s'appliquent pas aux contributions des pouvoirs publics versées en application de la LAMal (financement des séjours hospitaliers).

Les conditions fixées se basent sur les articles 5 et 7 de la LEIS 2006. Elles ont été complétées et reformulées dans le cadre de l'élaboration de la LEIS 2011.

La condition relative à l'absence de but lucratif est maintenue. Elle figurait déjà dans les lois cantonales précédentes (art. 5 LEIS 2006). Elle vise à éviter que des subventions soient redistribuées en dividendes. S'il y a bénéficiaire, celui-ci doit être affecté à l'activité subventionnée. Le texte a été reformulé par les commissions parlementaires lors de l'élaboration de la LEIS 2011 de manière à pouvoir subventionner des secteurs d'activités

sans but lucratif d'un établissement ou d'une institution poursuivant un but lucratif dans ses autres secteurs d'activité. Les lettres a, b et c ont également été ajoutées lors de l'élaboration de la LEIS 2011.

Par rapport à la LEIS 2011, la commission a introduit les modifications suivantes :

- La lettre e est complétée par l'obligation de respecter également les contrats de prestations.
- La lettre j impose le respect des conventions collectives de travail ou subsidiairement des normes édictées par le département en matière de conditions sociales et salariales. Cette disposition est complétée de manière à pouvoir également faire référence aux statuts du personnel fixé par les organisations faïtières reconnues d'utilité publique lorsqu'il n'y a pas de convention collective de travail.
- Une condition supplémentaire est ajoutée par la lettre l, à savoir le respect des décisions du Conseil d'Etat concernant l'informatisation des dossiers de soins et leur transfert.

Art. 15 : Retrait du subventionnement cantonal

Cet article fixe les modalités de retrait du subventionnement cantonal lorsque les conditions fixées à l'article 14 ne sont pas respectées. Ces dispositions sont reprises de la LEIS 2006 (art. 5, al. 2 à 4).

Art. 16 : Dépenses retenues et non retenues

Cet article fixe le périmètre des dépenses retenues pour le subventionnement cantonal. Son contenu correspond à celui de l'article 9 LEIS 2006.

Art. 17 : Assurés bénéficiant d'assurances sociales autres que la LAMal

Cet article a été reformulé lors de l'élaboration de la LEIS 2011. Il reprend et complète les dispositions de l'article 33 LEIS 2006. La formulation a été adaptée par rapport à la pratique des autres cantons en la matière. Les prestations relevant des autres systèmes d'assurance que la LAMal (assurance-accident, assurance-invalidité ou assurance militaire) sont financées conformément aux règles définies en la matière au niveau fédéral. Si ces règles ne permettent pas d'assurer une couverture complète des coûts, le solde peut être pris en charge par l'Etat.

Art. 18 : Etablissements intercantonaux

Cet article fait référence aux règles applicables pour les établissements sanitaires intercantonaux. Une disposition analogue figurait déjà dans la LEIS 2006 (art. 35 et 36). La commission propose de supprimer la référence au futur hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais, cet établissement étant désormais constitué. Un article spécifique est proposé pour fixer les relations avec cet établissement (cf. art. 26 ci-après).

Etablissements sanitaires cantonaux

Les articles se rapportant aux établissements sanitaires cantonaux (art. 27 LEIS 2006 et art. 20 LEIS 2011) sont supprimés, étant donné que les anciens établissements sanitaires cantonaux (CVP, IPVR) ont été intégrés au RSV et que la création de nouveaux établissements cantonaux passera nécessairement par le Grand Conseil.

Art. 19 : Activités déléguées – dépenses d'exploitation et d'investissements

Cette disposition figurait déjà dans la LEIS 2006 (art. 29 et 31) et dans la LEIS 2011 (art. 21). Elle est reprise ici dans la même formulation que celle de la LEIS 2011. Pour mémoire, il s'agit d'activités médicales ou hospitalières relevant de la compétence du canton du fait d'une législation fédérale ou d'activités médicales d'un intérêt de santé publique particulier. Le canton peut déléguer la gestion opérationnelle (en tout ou partie) des tâches qui sont de sa compétence exclusive à un établissement ou institution sanitaire tout en conservant sa responsabilité. Actuellement, on peut citer à titre d'exemple la lutte contre les maladies infectieuses et l'épidémiologie.

Art. 20 : Autres établissements ou institutions

Cet article est repris de la LEIS 2006 (art. 39). Il prévoit la possibilité pour le canton de subventionner d'autres établissements ou institutions sanitaires. La définition de ce type d'établissement a été transférée à l'article 3.

Art. 21 : Prestations d'intérêt général

Comme indiqué au point 3.1.3, les prestations d'intérêt général ne font pas partie de la rémunération LAMal. Il appartient aux cantons de déterminer si et dans quelles mesures ils entendent les financer. La LAMal ne donne pas une définition exhaustive de ces prestations. Elle indique (art. 49 al. 3) qu'elles comprennent en particulier :

- le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ;
- la recherche et la formation universitaire.

L'article 30 de la LEIS 2006, toujours en vigueur actuellement, prévoit la possibilité de financer les prestations d'utilité publique, en particulier l'organisation d'un service médical de garde et d'un service d'urgences 24h/24h.

La possibilité de financer les prestations d'intérêt général figure également dans le décret concernant le financement hospitalier du 15 décembre 2011 (art. 7) pour la formation universitaire et la recherche, ainsi que « certains coûts d'exploitation ou d'investissements hospitaliers non couverts pour certains secteurs qui ont fait l'objet d'un mandat de prestations ».

La commission propose de maintenir la possibilité de financer le maintien de capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ainsi que la recherche et la formation universitaire. Elle propose aussi de compléter la liste ouverte des prestations pouvant être reconnues d'intérêt général en y ajoutant :

- les mesures ponctuelles permettant d'éviter la pénurie de personnel,
- l'accompagnement spirituel,
- la préparation et la prévention en cas de situations extraordinaire sur le plan sanitaire,
- le Service médical pénitentiaire.

La commission propose également d'introduire la possibilité d'obliger les établissements et institutions sanitaires à offrir des prestations d'intérêt général.

L'alinéa 3 donne la possibilité au canton de subventionner les investissements d'intérêt général dont les charges ne pourraient pas être intégrées dans les tarifs. Cette disposition est reprise de la LEIS 2011 (art. 23, al. 3). Bien que les investissements devraient être financés par les forfaits selon les nouvelles dispositions de la LAMal, il se peut que certaines charges liées aux investissements ne puissent pas être entièrement financées par les tarifs.

On peut citer, à titre d'exemples, l'assainissement sismique des hôpitaux décidé par le Grand Conseil ou l'assainissement d'infrastructures hospitalières contenant de l'amiante.

Art. 22 : Compétences du Conseil d'Etat

Cet article prévoit que le Conseil d'Etat fixe dans une ordonnance les conditions et modalités relatives au financement des activités déléguées, des autres établissements et institutions sanitaires, ainsi que des prestations d'intérêt général. Cette disposition est reprise de la LEIS 2011 (art. 24), mais sans référence aux établissements sanitaires cantonaux, l'article y relatif ayant été supprimé.

Section 5 : Coordination entre les fournisseurs de soins

Art. 23 : Instance cantonale de coordination

La commission souligne l'importance de la coordination entre institutions, d'abord pour le bien-être des patients, mais également pour permettre la réduction des durées des séjours hospitaliers et faciliter l'organisation du travail des EMS et des CMS par une meilleure anticipation. Cette coordination concerne non seulement les sorties de l'hôpital, mais également les placements en EMS, en lits de court séjour et en structures de soins de jour.

La loi sur les soins de longue durée du 14 septembre 2011 comprend un article sur la coordination entre les fournisseurs de soins (art. 36). Cette loi fait l'objet d'un référendum. La commission propose un nouvel article dans la LEIS, avec une formulation plus complète fixant les bases organisationnelles de l'instance cantonale de coordination et réglant son rattachement administratif. Ce projet d'article devra cependant être retiré si la loi sur les soins de longue durée est acceptée par le peuple.

Ce nouvel article prévoit que, outre l'Hôpital du Valais (RSV), la Société médicale du Valais et les organisations faïtières des EMS et CMS reconnues d'utilité publique, l'instance cantonale de coordination regroupe également les cliniques privées. D'autres types d'institutions peuvent être associées.

L'instance cantonale de coordination est placée sous la conduite d'un comité auquel le personnel est hiérarchiquement soumis. Tous les partenaires sont représentés au sein du comité.

Dans le cadre des débats parlementaires sur la loi sur les soins de longue durée, il avait été décidé de ne pas accorder un statut juridique propre à l'instance cantonale de coordination, afin de ne pas créer une entité juridique supplémentaire et d'éviter les frais y relatifs. La commission propose que l'instance cantonale de coordination soit rattachée administrativement à l'une des institutions partenaires. Ce rattachement pourrait par exemple se faire à l'ICHV qui a une position plus neutre que les autres partenaires, ces derniers étant utilisateurs directs de l'instance cantonale de coordination.

La commission propose que l'instance cantonale de coordination soit une activité déléguée sous la responsabilité et l'autorité du département, et par conséquent financée comme telle par le canton en application de l'article 19.

5.2 Chapitre 2 : Hôpital du Valais

Lors de l'élaboration de la LEIS 2011, il avait été décidé de remplacer la dénomination « Réseau Santé Valais » par « Hôpital du Valais » afin de mieux identifier cet établissement hospitalier dès 2012 avec l'entrée en vigueur du libre choix de l'hôpital. La commission reprend cette proposition dans le cadre de l'avant-projet de loi. Ce nouveau nom permet de

faire référence uniquement aux activités hospitalières, l'idée d'un réseau englobant également les EMS et les soins à domicile ayant été abandonnée.

Le terme d'Hôpital du Valais correspond à l'image choisie par le Réseau Santé Valais afin de renforcer sa visibilité et son identité à l'interne comme à l'externe. Il est en effet admis que le nom «Réseau Santé Valais» n'est pas suffisamment associé à une unité de gestion, une culture et une stratégie d'entreprise commune. De nombreuses personnes (patients, partenaires, etc.) ne comprennent pas que le RSV constitue une seule et même entreprise. Le terme RSV n'est pas explicitement lié avec un hôpital ce qui implique pour le RSV de devoir constamment expliquer dans sa communication externe qu'il est un hôpital.

Section 1 : Statut et organisation

Art. 24 : Statut et buts de l'Hôpital du Valais

Le statut juridique d'établissement autonome de droit public est maintenu (idem LEIS 2006, art. 13). Il est ajouté que l'Hôpital du Valais est inscrit au registre du commerce, et ce afin de faciliter l'identification de l'Hôpital du Valais et éviter la confusion avec le canton.

La commission propose de reformuler les buts de l'Hôpital du Valais en indiquant sa mission générale à l'alinéa 2 et les prestations offertes à l'alinéa 3. L'alinéa 2 donne à l'Hôpital du Valais une mission d'intérêt public au service de la population valaisanne et des autres patients auxquels il fournit des soins et un service de qualité. L'alinéa 3 précise les prestations fournies, à savoir notamment les soins hospitaliers (stationnaires, ambulatoires et d'urgence), la prévention, la formation et la recherche.

La possibilité pour le Conseil d'Etat de confier d'autres mandats à l'Hôpital du Valais est maintenue, comme le prévoit la LEIS 2006 (art. 13). Cette disposition est déjà utilisée, puisque le Conseil d'Etat a notamment mandaté le RSV pour exploiter l'EMS de Gravelone ainsi que pour la médecine des prisons.

Art. 25 : Composition de l'Hôpital du Valais

La composition de l'Hôpital du Valais est maintenue selon les dispositions actuelles (LEIS 2006, art. 14), à l'exception de l'hôpital du Chablais qui fait l'objet d'une disposition transitoire (voir article 49), étant donné que cet hôpital va prochainement disparaître et que son activité sera reprise par l'Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais. La composition est reformulée de façon à tenir compte de l'intégration dans l'Hôpital du Valais du Centre valaisan de pneumologie (CVP) et des Institutions psychiatriques du Valais romand (IPVR).

L'alinéa 1 fixe dans la loi l'organisation de l'Hôpital du Valais en deux centres hospitaliers (Valais romand et Haut-Valais). La notion d'hôpitaux est remplacée par celle de sites hospitaliers. L'énumération des sites est maintenue afin de garantir l'équilibre entre les régions.

Comme le prévoit déjà la législation actuelle (LEIS 2006, art. 14), l'alinéa 2 indique que la composition de l'Hôpital du Valais peut être modifiée par voie d'ordonnance soumise à l'approbation du Grand Conseil.

La commission a également débattu du statut de l'ICHV et de son intégration à l'Hôpital du Valais. Actuellement, l'ICHV est une fondation intégrée à l'Hôpital du Valais depuis 2002 en application du premier décret sur le RSV. Cette solution a été confirmée dans le cadre du décret de 2003, de la LEIS 2006 et de la LEIS 2011. Avec les nouveaux statuts de la fondation de juin 2011, le conseil de fondation est composé des membres du conseil

d'administration de l'Hôpital du Valais et de deux représentants du Service de la santé publique (dont le médecin cantonal).

L'option d'une indépendance de l'ICHV n'a pas été retenue, la majorité de la commission ayant estimé qu'il n'y a pas de conflit d'intérêt entre l'ICHV et l'Hôpital du Valais. Le maintien de l'ICHV avec un statut de fondation intégrée à l'Hôpital du Valais présente également plusieurs avantages, notamment celui d'offrir un hébergement neutre dans le cadre de l'harmonisation de l'informatisation des EMS et des CMS (et éventuellement pour l'instance cantonale de coordination prévue à l'article 23). La commission estime cependant que l'intégration de représentants d'autres institutions au conseil de fondation devrait être envisagée.

Art. 26 : Relations à l'Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais

Ce nouvel article est introduit pour rappeler que les relations entre l'Hôpital du Valais et l'Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais sont régies par le droit intercantonal, à savoir la convention intercantonale sur l'Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais du 17 décembre 2008.

Art. 27 : Contrat de prestations de l'Hôpital du Valais

La commission propose l'introduction d'un article spécifique sur le contrat de prestations de l'Hôpital du Valais, compte tenu de l'importance de cet établissement (95% des hospitalisations dans le canton) et de son statut d'établissement autonome de droit public. Cet article s'inscrit en complément à l'article général sur les contrats de prestations (art. 11). Il prévoit que le contrat de prestations de l'Hôpital du Valais est conclu avec le Conseil d'Etat pour une période de quatre ans au terme de laquelle une évaluation externe est réalisée. Ce contrat fixe les modalités d'exécution du mandat de prestations qui peut être confié à l'Hôpital du Valais dans le cadre de la LAMal, ainsi que les conditions et modalités du subventionnement cantonal portant sur les activités déléguées et les prestations d'intérêt général confiées à l'Hôpital du Valais.

Art. 28 : Organes de l'Hôpital du Valais

Le contenu de cet article correspond à celui de l'article 16 LEIS 2006. Lors de l'élaboration de la LEIS 2011, l'organe de révision a été ajouté. La commission propose de reprendre la version de la LEIS 2011. Elle souhaite également maintenir le statut d'organes pour les directions des centres hospitaliers afin de garantir que chaque centre reste doté d'une direction locale.

Le commentaire accompagnant le projet de LEIS 2011 indiquait que l'organe de révision joue un rôle central dans l'approbation des comptes et la surveillance de cette institution. Il permet, en effet, de garantir par son rapport annuel que la comptabilité financière ne comporte pas d'anomalies significatives et que les comptes sont établis conformément aux normes en vigueur. Le rapport et les commentaires de l'organe de révision servent notamment de base sur laquelle le Conseil d'Etat peut s'appuyer pour approuver les comptes de l'Hôpital du Valais. Cet organe externe existe depuis la création du RSV même s'il n'était pas formellement inscrit dans la loi.

L'organe de révision est désigné par le Conseil d'Etat, selon l'article 38 al. 2 LEIS, sur proposition de l'Hôpital du Valais.

Art. 29 : Composition du conseil d'administration

La composition du conseil d'administration n'est pas modifiée par rapport à la loi actuelle (LEIS 2006, art. 17). La commission propose de compléter l'alinéa 1 par une disposition chargeant le Conseil d'Etat de veiller à ce que les professions médicales soient représentées dans le conseil d'administration. La commission a par contre renoncé à fixer plus en détail la composition du conseil d'administration. Elle estime que le Conseil d'Etat doit pouvoir bénéficier de la marge de manœuvre requise dans le choix des membres.

Art. 30 : Compétences du conseil d'administration

Cet article fixe les compétences inaliénables du conseil d'administration. La commission propose une nouvelle formulation en remplacement des articles 15 (compétences du RSV) et 18 (compétences du conseil d'administration) de la LEIS 2006 (qui correspondent aux articles 29 et 32 LEIS 2011).

De nouvelles dispositions sont introduites, à savoir : la définition de la politique institutionnelle (let. a), la représentation médico-soignante au sein de la direction générale (let. e), la concertation entre les professions soignantes et la direction générale (let. h), la mise en place d'un système de contrôle interne (let. i), la répartition des disciplines médicales entre les sites hospitaliers selon le mandat de prestations (let. m) et l'information et la communication aux patients et à la population (let. g). La lettre k est complétée en précisant que les budgets et les comptes arrêtés par le conseil d'administration sont présentés non seulement de manière consolidée pour tout l'Hôpital du Valais, mais également par centres hospitaliers, à savoir le Centre hospitalier du Valais romand et le Centre hospitalier du Haut-Valais.

Pour des raisons de simplification administrative, l'énumération détaillée des directives devant être édictées par l'Hôpital du Valais est abandonnée. Quant aux éléments concernant l'Hôpital du Chablais, ils sont transférés dans les dispositions transitoires.

La lettre p reprend les dispositions de l'article 10 du décret concernant le financement hospitalier du 15 décembre 2011. Le conseil d'administration doit conserver la compétence de définir les modalités d'adjudication des travaux, dans les limites fixées par le Conseil d'Etat par voie d'ordonnance. En application de cette disposition, seules les adjudications faisant l'objet d'un subventionnement cantonal doivent être soumises à l'approbation préalable de l'autorité cantonale compétente, tel que prescrit à l'article 33 de l'ordonnance sur les marchés publics du 11 juin 2003. Les investissements financés indirectement par le canton et les assureurs dans le cadre des tarifs LAMal ne sont pas soumis à cette approbation préalable.

Art. 31 : Direction générale de l'Hôpital du Valais et directions des centres hospitaliers

Cet article correspond à l'article 19 de la LEIS 2006. A l'alinéa 1, il est ajouté que la direction générale participe à l'élaboration de la politique institutionnelle. Celle-ci est définie par le conseil d'administration, selon l'article 30 lettre a.

Art. 32 : Collèges des médecins des centres hospitaliers

La commission propose un nouvel article instituant un collège des médecins-cadres dans chaque centre hospitalier, avec une fonction consultative et informative auprès des instances dirigeantes en matière de stratégie médicale, de politique de la qualité, de ressources humaines médicales et d'investissements médico-techniques. Les collèges des médecins doivent également veiller à la cohésion des différents secteurs et aux liens avec les partenaires extérieurs.

Cette proposition est inspirée des recommandations de l'audit de la FHF sur le RSV ainsi que des expériences passées, de tels collèges existant auparavant dans les hôpitaux régionaux. Ils ont cependant disparu avec la création du RSV. La commission relève que la convention intercantonale sur l'Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais ainsi que la loi sur l'Hôpital fribourgeois prévoient un collège des médecins dans ces établissements.

Art. 33 : Contrôle de la qualité des prestations médicales et des soins

Ce nouvel article est proposé afin d'améliorer le contrôle de la qualité des prestations médicales et des soins au sein de l'Hôpital du Valais. Un service est créé à cette fin. Lorsqu'un dysfonctionnement est constaté, les instances dirigeantes doivent être avisées et prendre des mesures correctrices. Ce dispositif s'ajoute au contrôle interne prévu à l'article 30 (let. i) qui est davantage d'ordre financier. Il vise un renforcement du service actuel de qualité de l'Hôpital du Valais qui ne comprend que du personnel administratif mais pas de médecins.

Art. 34 : Procédure de consultation du dossier médical

Face à l'accroissement du nombre de demandes de consultation des dossiers médicaux, la commission estime qu'une disposition fixant la procédure à suivre doit être introduite dans la LEIS pour l'Hôpital du Valais, comme l'ont fait d'autres établissements (CHUV, SUVA, etc.). Cet article précise que les requêtes sont à adresser au service juridique de l'Hôpital du Valais. S'il existe un motif empêchant la communication des données, le service juridique rend une décision avec voie de recours au Tribunal cantonal. L'Hôpital du Valais étant un établissement de droit public autonome, la loi sur la procédure et la juridiction administratives (LPJA) s'applique.

Cet article porte uniquement sur la procédure applicable. Les dispositions de fond sur les droits d'accès au dossier médical figurent dans la loi sur la santé et la jurisprudence.

Art. 35 : Rapports de travail

Cet article reprend le contenu de l'article 20 de la LEIS 2006. Il est reformulé de manière plus concise, sans en changer le sens.

Art. 36 : Responsabilité

Le contenu de cet article correspond à celui de l'article 21 de la LEIS 2006, avec les adaptations suivantes.

A l'alinéa 1, il est fait référence à la responsabilité des organes et non pas uniquement à celle des membres du conseil d'administration et de la direction générale.

Un alinéa 5 est rajouté pour préciser que cet article ne s'applique pas à l'activité ambulatoire privée des médecins-cadre exercée dans leurs cabinets privés au sein de l'hôpital. Cette activité est régie par le droit privé et non pas par le droit public.

Section 2 : Compétences du Grand Conseil et du Conseil d'Etat

Art. 37 : Grand Conseil

Cet article octroie au Grand Conseil la haute surveillance sur l'Hôpital du Valais. Il est repris sans modification de la LEIS 2006 (art. 11).

Art. 38 : Conseil d'Etat

Cet article fixe les compétences du Conseil d'Etat envers l'Hôpital du Valais. Il reprend les dispositions y relatives de la LEIS 2006 (art. 12, al. 4 et 6 à 9), hormis l'approbation préalable de la nomination du directeur général qui est transférée à l'article 30.

L'organe de révision doit répondre aux bases légales et standards en vigueur.

Section 3 : Subventionnement cantonal de l'Hôpital du Valais

Contrairement à la LEIS 2011 (art. 36), le présent projet ne comprend pas d'article spécifique sur le financement LAMal de l'Hôpital du Valais. Un tel article n'est pas nécessaire étant donné que l'article 13 sur les prestations hospitalières LAMal s'applique à tous les établissements et institutions sanitaires, y compris l'Hôpital du Valais.

Art. 39 : Conditions spécifiques pour l'Hôpital du Valais

Comme indiqué dans le commentaire relatif à la section 4 du chapitre 1^{er} de la loi, le financement des prestations non couvertes par la LAMal, comme les prestations d'intérêt général ou les activités déléguées, relève du droit cantonal et est soumis à des conditions spécifiques. L'article 39 fixe les conditions s'appliquant à l'Hôpital du Valais pour le financement de prestations non prises en charge par la LAMal. Ces conditions sont les mêmes que celles fixées à l'article 22 de la LEIS 2006.

Art. 40 : Fonds de roulement

Cet article reprend sans modification l'article 11 du décret concernant le financement hospitalier du 15 décembre 2011. Ces dispositions figuraient déjà dans la LEIS 2006 (art. 34). Elles ont été complétées dans le décret par la prise en compte des investissements (al. 1) et par la possibilité d'accorder un cautionnement supplémentaire pour les nouvelles constructions (al. 2), et ce dans l'éventualité où les montants prévus dans les tarifs LAMal pour rémunérer l'utilisation des investissements ne seraient pas suffisants.

Section 4 : Infrastructures

Art. 41 : Infrastructures immobilières propriété du canton

Comme le prévoit la LEIS 2006 (art. 45), le canton est propriétaire des infrastructures immobilières (immeubles et terrains) des établissements constituant le RSV ainsi que de la partie valaisanne de l'Hôpital du Chablais. Jusqu'en 2011, ces infrastructures ont été mises gratuitement à disposition du RSV et les investissements entièrement pris en charge par le canton.

Avec l'intégration des investissements dans les tarifs LAMal dès 2012, ces dispositions ont dû être modifiées. L'article 12 du décret concernant le financement hospitalier du 15 décembre 2011 prévoit que les charges liées aux investissements du RSV sont financées désormais par les tarifs hospitaliers. Le canton reste propriétaire des immeubles et terrains et les met à disposition du RSV en lui facturant les amortissements et les intérêts selon les

dispositions légales fédérales. Les frais de gestion, les nouveaux investissements ainsi que les frais d'entretien et de rénovation relatifs aux infrastructures immobilières sont financés par le RSV et mis à la charge des tarifs hospitaliers (payés par les assureurs-maladie et le canton). L'achat de nouveaux terrains peut être financé par le canton dans la mesure où les coûts y relatifs ne peuvent pas être inclus dans les tarifs.

L'article 41 de l'avant-projet de loi reprend sans modification l'article 12 du décret concernant le financement hospitalier du 15 décembre 2011. Le terme RSV est remplacé par Hôpital du Valais.

Art. 42 : Infrastructures immobilières qui n'ont pas été transférées au canton

Cet article reprend sans modification l'article 13 du décret concernant le financement hospitalier du 15 décembre 2011 (après remplacement de RSV par Hôpital du Valais). Les charges d'investissements relatives aux infrastructures immobilières qui n'ont pas été transférées au canton ne sont plus subventionnées, mais intégrées dans les tarifs conformément à la LAMal.

Art. 43 : Infrastructures mobilières

Cet article reprend sans modification l'article 13 du décret concernant le financement hospitalier du 15 décembre 2011 (après remplacement de RSV par Hôpital du Valais). Les infrastructures mobilières, à savoir l'ensemble des infrastructures à l'exclusion des terrains et des constructions, sont la propriété de l'Hôpital du Valais, conformément à la LEIS 2006 (art. 45). Les charges liées aux infrastructures mobilières sont financées par l'Hôpital du Valais et intégrées dans les tarifs hospitaliers.

Art. 44 : Approbation des investissements par le canton

Cet article reprend sans modification l'article 9 du décret concernant le financement hospitalier du 15 décembre 2011 (après remplacement de RSV par Hôpital du Valais), à l'exception de son premier alinéa qui rappelait que l'Hôpital du Valais doit respecter la planification arrêtée par le Conseil d'Etat. La commission estime en effet que ce rappel n'est pas nécessaire, l'obligation de respecter la planification figurant déjà à l'article 14 valable pour tous les établissements et institutions sanitaires.

Cet article permet à l'Etat de conserver la surveillance et la maîtrise des investissements de l'Hôpital du Valais qui sont essentiels pour la politique sanitaire cantonale.

Art. 45 : Participation au bénéfice en cas de vente des infrastructures hospitalières

Les dispositions de la LEIS 2006 concernant le transfert des infrastructures ne sont pas reprises dans le présent avant-projet de loi, étant donné que tous les transferts ont été réalisés. Seul l'article sur la participation au bénéfice en cas de ventes des infrastructures hospitalières est maintenu et intégré à la section 4. Selon cet article, l'aliénation d'un bâtiment transféré au canton, dans un délai de 50 ans, donne droit à l'ancien propriétaire à une part de bénéfice.

Comme le prévoyait la LEIS 2011 (art. 47, al. 2), afin de simplifier les procédures et traiter toutes les associations hospitalières équitablement, le droit de préemption de 50 ans, annoté au registre foncier, court depuis l'entrée en vigueur de la LEIS au 1^{er} février 2007, soit jusqu'au 31 janvier 2057.

5.3 Chapitre 3 : Contrôles et sanctions

Art. 46 : Surveillance et contrôles

Cet article est repris de la LEIS 2006 (art. 43). Il a été reformulé lors de l'élaboration de la LEIS 2011 de façon à s'appliquer à tous les établissements et institutions sanitaires et non seulement aux établissements d'utilité publique subventionnés. Ainsi, d'une part, les établissements et institutions sanitaires reconnus d'utilité publique qui sont au bénéfice de subventions et d'autre part, les établissements hospitaliers inscrits sur la liste hospitalière cantonale, font l'objet de contrôles de la part du canton.

La commission propose que les contrôles portent sur le respect du mandat de prestations, des contrats de prestations, du subventionnement et de la qualité des prestations (au lieu de la mission, du budget, des comptes et de l'affectation des subventions comme dans la LEIS 2006).

Art. 47 : Sanctions

Cet article est également repris de la LEIS 2006 (art. 44) et reformulé pour s'appliquer à tous les établissements (cf. commentaire article 46).

5.4 Chapitre 4 : Dispositions finales et transitoires

Art. 48 : Directives

La commission propose un nouvel article donnant la base légale au département pour édicter les directives utiles à l'application de la loi. Il s'agit de préciser les procédures, notamment en termes de délais.

Art. 49 : Hôpital du Chablais

Cette disposition est reprise de l'article 15 (al. 3) de la LEIS 2006 et transférée au niveau des dispositions transitoires (voir commentaire concernant l'article 30 ci-dessus). Le texte est adapté de façon à tenir compte de l'ouverture prochaine de l'Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais.

Art. 50 : Modifications de la loi sur la santé

Cet article introduit les modifications que la commission souhaite apporter à la loi sur la santé. Ont été retenues uniquement les modifications en lien direct avec les établissements et institutions sanitaires. La commission formule également au point 6 ci-après des propositions portant sur d'autres dispositions de la loi sur la santé en vue d'une révision générale ultérieure de cette loi.

Art. 5 : Conseil d'Etat

L'alinéa 1 est complété par une disposition prévoyant que le Conseil d'Etat peut définir des régions sanitaires en fonction des types de soins. Cette modification fait suite à la suppression de cette disposition de l'article 7 de la LEIS sur la planification sanitaire (cf. ci-dessus).

L'alinéa 4 reprend la disposition concernant le rapport annuel écrit du Conseil d'Etat sur sa politique sanitaire. Il fait suite à la proposition de transférer cette disposition de la LEIS dans la loi sur la santé (cf. commentaire relatif à l'article 6 de la LEIS ci-dessus).

Art. 6 : Département de la santé

Un nouvel alinéa 3 est introduit pour préciser que le département de la santé effectue le contrôle périodique des établissements et institutions sanitaires. Il s'agit ainsi de renforcer les dispositions de la loi sur la santé concernant les contrôles. Par contrôle périodique il faut entendre un contrôle plus fréquent que les contrôles actuels. Il conviendrait par exemple de contrôler certains aspects une année, puis d'autres les années suivantes. Cela suppose que le Grand Conseil affecte les moyens suffisants pour que les contrôles puissent être efficaces.

Art. 13bis : Observatoire de la santé (nouveau)

La commission propose d'intégrer un article fixant les missions et le statut de l'observatoire de la santé. Celui-ci est chargé de rassembler et analyser les données sanitaires. Le statut d'établissement autonome de droit public lui est attribué pour garantir son indépendance, ce qui répond aux recommandations de l'audit de la FHF. Les dépenses retenues sont prises en charge par le canton.

Art. 84 : Objet et définition

La LEIS 2011 prévoyait de compléter l'article 84 (alinéa 2, 2^{ème} phrase) de la loi sur la santé en remplaçant la notion de « soins » par celle de « soins curatifs et palliatifs ». Cette proposition est reprise ici.

Chapitre 3 : Obligations des établissements et institutions sanitaires

Un nouveau chapitre 3 sur les obligations des établissements et institutions sanitaires est introduit au titre cinquième de la loi relatif à la surveillance des établissements et institutions sanitaires. Ce chapitre est composé des trois nouveaux articles :

- Art. 91bis : Standards de sécurité et de qualité (nouveau)
- Art. 91ter : Assurance qualité (nouveau)
- Art. 91quater : Information du public (nouveau)

L'article 92 actuel sur la publicité est intégré à ce nouveau chapitre 3.

Ces articles visent à introduire dans la loi sur la santé les obligations suivantes aux établissements et institutions sanitaires :

- respecter les standards de sécurité et de qualité reconnus aux niveaux national et international,
- transférer le patient si ces standards ne peuvent pas être assurés,
- disposer d'une assurance qualité et
- rendre publiques certaines informations (indicateurs de qualité, liste des médecins chefs et des médecins cadre, tarifs hospitaliers approuvés).

La commission a renoncé à énumérer les indicateurs de qualité requis, étant donné que ceux-ci sont propres à chaque discipline et qu'ils évoluent avec le temps. Seul le principe figure dans la loi. Il y a lieu également de rappeler qu'en vertu de l'article 49 al. 8 LAMal, le Conseil fédéral doit, en collaboration avec les cantons, publier des comparaisons entre les hôpitaux portant notamment sur les coûts et la qualité des résultats médicaux. Pour ce faire, l'Association Nationale pour la Qualité (ANQ) a été créée.

6 Propositions en vue d’une révision ultérieure de la loi sur la santé

La commission a traité diverses propositions en lien avec les droits des patients, suite aux débats qui ont marqué la campagne référendaire. Compte tenu de la complexité de cette thématique, tant au niveau éthique que juridique, la commission se contente de formuler quelques pistes de réflexion en vue d’une future révision globale de la loi sur la santé.

6.1 Nouveau droit de protection de l’adulte

Au 1^{er} janvier 2013 est entrée en vigueur la modification du Code civile suisse relative au nouveau droit de protection de l’adulte. La conformité de la loi valaisanne sur la santé avec ces nouvelles dispositions devra faire l’objet d’une analyse approfondie. Sont notamment concernées les dispositions sur les directives anticipées et sur les mesures de contrainte, ainsi que celles en lien avec le consentement et l’information des patients.

Il s’agira également d’évaluer l’opportunité de maintenir ou non des dispositions spécifiques au niveau de la législation cantonale afin d’éviter un affaiblissement des droits des patients. Ainsi, par exemple, le nouveau droit fédéral impose les directives anticipées uniquement aux médecins, alors que la législation cantonale exige qu’elles soient respectées par tous les professionnels de la santé.

La coordination avec les mesures de contrainte devrait également être étudiée. Le droit fédéral prévoit qu’elles sont possibles, à certaines conditions, pour des patients incapables de discernement alors que le droit cantonal les prévoit aussi, à des conditions très restrictives, pour les patients capables de discernement.

6.2 Secret médical

La commission propose d’analyser les moyens qui permettraient de garantir un meilleur accès au dossier médical par les proches du patient décédé et une simplification des procédures. L’objectif consiste à éviter que les médecins ayant commis une erreur puissent se réfugier derrière le secret médical. Cette thématique est complexe et délicate. Un assouplissement des dispositions en vigueur pourrait aller à l’encontre du droit du patient au secret médical, par exemple lorsque le patient a un passé psychiatrique qu’il ne souhaite pas porter à la connaissance de ses proches.

6.3 Information des patients et du public

La commission a débattu de la problématique de l’information donnée aux patients lors de leur admission à l’hôpital. Beaucoup de patients ne savent pas qui a la responsabilité de leur traitement et sont généralement en contact direct avec plusieurs médecins-assistants. Même si elle est donnée, l’information n’est souvent pas mémorisée par le patient. En effet, ce dernier reçoit simultanément un grand nombre d’informations médicales alors qu’il se trouve en état de choc face au diagnostic et à la prise en charge.

Cette problématique ne pourra vraisemblablement pas être réglée au niveau législatif. Toutefois, la commission entend l’évoquer dans son rapport.

Afin de renforcer l’information du public, la commission propose d’évaluer l’opportunité de la publication d’un rapport d’activité des diverses commissions prévues par la législation.

6.4 Médiation

Malgré l'adoption de bases légales très novatrices dans la loi sur la santé et l'ordonnance sur l'exercice et la surveillance des professions de la santé, la pratique de la médiation n'a pas encore pu se mettre en place de façon satisfaisante, notamment en raison d'un nombre insuffisant de médiateurs.

La commission tient à souligner la nécessité d'un renforcement de la médiation. Cela n'implique pas nécessairement des modifications au niveau législatif, mais les outils de gestion des plaintes (médiateurs, commission de surveillance des professions de la santé) devraient être repensés. Une réflexion approfondie dans ce sens est en cours. Le nombre de médiateurs devrait également être accru et ceux-ci devraient disposer d'une formation spécialisée en la matière.

7 Conclusion

La commission extraparlamentaire remet un avant-projet de loi intégrant les préoccupations formulées dans le cadre de la campagne référendaire et reprenant certaines propositions essentielles figurant dans l'audit de la Fédération Hospitalière de France (FHF). Tout au long de l'avancement des travaux, les membres de la commission se sont positionnés en faveur des patients en termes de qualité de prise en charge, d'économicité, de transparence dans l'information, ainsi que pour l'implication des soignants dans les décisions concernant le développement des prestations de soins.

La commission s'est montrée attentive au développement d'un système de santé cohérent en instituant l'Observatoire Valaisan de la Santé comme structure indépendante, dotée de la personnalité morale publique, disposant d'un mode de gouvernance sans équivoque pour permettre de récolter les données indispensables à la gestion de la politique sanitaire cantonale.

La commission souligne aussi l'importance de la coordination entre institutions, d'abord pour le bien-être des patients, mais également pour permettre la réduction des durées des séjours hospitaliers et faciliter l'organisation du travail des EMS et des CMS pour une meilleure anticipation. Cette coordination concerne non seulement les sorties de l'hôpital, mais également les placements en EMS, en lits de court séjour et en structures de soins de jour. Des propositions sont formulées afin de consolider la coordination entre les fournisseurs de prestations.

L'avant-projet de loi établi par la commission vise à garantir l'équilibre régional de l'organisation hospitalière et lui permettre de répondre aux défis posés par l'évolution technologique et médicale. Il prévoit une offre en soins hospitaliers de base dans les trois régions du canton. Les disciplines médicales qui le nécessitent sont centralisées afin de disposer d'un volume de patients suffisant pour garantir la qualité des soins. Le bilinguisme est assuré pour les disciplines centralisées.

Ces conditions cadre sont indispensables pour pouvoir garantir une prise en charge de haute qualité en Valais et éviter un recours croissant à des prestataires de soins hors canton. La commission propose que l'hôpital de Sion devienne l'hôpital cantonal pour les disciplines qui y sont centralisées. Le recrutement de médecins et du personnel soignant devrait ainsi s'en trouver facilité.

L'avant-projet de loi s'inscrit dans le respect du cadre légal imposé par la LAMal. Les modalités d'élaboration de la planification sanitaire et des mandats de prestations font l'objet de précisions visant une application claire des critères fédéraux. Le financement des

prestations d'intérêt général est garanti et précisé. Des propositions sont également formulées afin de consolider la coordination entre les fournisseurs de prestations.

Enfin, l'avant-projet de loi renforce la représentation du corps médical dans la commission de planification sanitaire et dans les instances dirigeantes de l'Hôpital du Valais. Les collèges des médecins sont réintroduits et le contrôle de la qualité des prestations médicales et des soins est étoffé. Les compétences respectives des diverses autorités sont complétées et clarifiées.

Arrivée au terme de ses travaux, la commission remercie le Conseil d'Etat pour la confiance qu'il lui a témoignée et pour l'occasion qui lui a été donnée de participer à l'élaboration de la législation sanitaire de notre canton. Elle espère que ses propositions trouveront un accueil favorable et contribueront à assurer la pérennité de la qualité des soins en Valais, dans l'intérêt des patients et de la population.

Stéphane Rossini, Président de la commission