



Kanton Bern
Canton de Berne

Stratégie de la santé du canton de Berne 2020–2030

Direction de la santé publique
et de la prévoyance sociale
du canton de Berne



Sommaire

1. Introduction	5
2. Contexte	7
3. Recoupements entre santé publique et autres domaines politiques	9
4. Situation actuelle	11
4.1 Cadre général	11
4.2 Chiffres clés	13
4.3 Couverture en soins et pilotage du système	15
4.3.1 Bases juridiques	15
4.3.2 Prestations	15
4.3.3 Structures	17
4.3.4 Instruments de pilotage	19
4.4 Autorités	20
4.5 Finances	21
4.6 Personnel	24
5. Analyse SWOT	27
6. Vision et mission	32
6.1 Vision	32
6.2 Mission	33
7. Axes stratégiques, objectifs et mesures	35
7.1 Axes stratégiques	35
7.2 Objectifs et mesures	36
7.3 Faiblesses et menaces hors du champ d'influence direct du canton de Berne	41
8. Stratégies partielles	43
9. Annexe 1 Abréviations	44
10. Annexe 2 Glossaire	46
11. Annexe 3 Mode de financement et système de rémunération	52

Liste des graphiques et tableaux	
Chiffres clés sur la santé dans le canton de Berne	13
Prestations brutes 2018 de l'AOS: comparaison canton de Berne / ensemble de la Suisse	21
Prestations brutes 2018 de l'AOS par catégorie de fournisseurs: canton de Berne	21
Dépenses de santé 2016 par régime de financement	22
Dépenses de santé 2016 par type de prestation	23
Analyse SWOT	27
Vision	32
Mission	33
Axes stratégiques	35
Objectifs et mesures	36

Impressum

Edition
Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale
du canton de Berne

Conception et graphisme
Polyconsult AG, Berne

Septembre 2019



1. Introduction

Un système de santé de haut niveau et facile d'accès contribue de manière décisive à la qualité de vie d'une société. Cofinancé par différentes sources, celui du canton de Berne est le fruit de la législation tant fédérale que cantonale et d'une étroite collaboration entre acteurs privés et publics. Il s'agit ici de le développer pour assurer des prestations conformes aux besoins, intégrées, innovantes, orientées patients et ouvertes à tous.

La présente stratégie de la santé servira de ligne directrice aux décisions adoptées ces dix prochaines années dans ce domaine par les autorités du canton de Berne.

La mission dévolue aux services compétents de l'administration cantonale étant de veiller à la couverture des besoins en santé de la population (ci-après couverture en soins, les soins étant considérés au sens large), c'est sur cette couverture que porte stricto sensu la stratégie. Par souci de simplification, il a cependant été décidé d'opter pour un titre plus concis, à savoir «stratégie de la santé».

Conçue par la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (SAP) avec le concours de différents intervenants

du domaine de la santé¹, la présente stratégie sera soumise à l'approbation du Conseil-exécutif et portée à la connaissance du Grand Conseil. Elle constitue un cadre global à partir duquel la SAP – aidée pour ce faire de groupes de travail réunissant des représentants des diverses parties prenantes – mettra ensuite au point des stratégies partielles.

La stratégie s'articule de la manière suivante : le chapitre 2 présente le contexte dans lequel elle s'inscrit, tandis que le chapitre 3 expose les recoupements entre santé publique et autres domaines politiques. Le système actuel est décrit au chapitre 4 et ses forces, ses faiblesses, ses opportunités et ses menaces font l'objet d'une analyse SWOT au chapitre 5. Le chapitre 6 énonce la vision et la mission du canton de Berne en matière de santé, en d'autres termes la façon dont ce dernier envisage le système futur et le rôle qui lui incombe. Le chapitre 7 est consacré aux axes stratégiques ainsi qu'aux objectifs et aux mesures permettant de les mettre en œuvre. Enfin, le chapitre 8 définit les domaines pour lesquels des stratégies partielles doivent être élaborées.

¹ A été créé pour l'occasion un comité de pilotage, qui était régulièrement informé de l'avancement des travaux et à qui ont été présentés les résultats. Celui-ci était constitué de membres de la SAP, de quatre représentants de l'association des établissements hospitaliers bernois diespitäler.be – un pour les centres hospitaliers régionaux (soins aigus somatiques), un pour les services psychiatriques régionaux (psychiatrie), un pour la réadaptation et un pour le groupe de l'Ile (médecine

universitaire) – ainsi que de représentants de l'Association des cliniques privées du canton de Berne (VPSB), de la Société des médecins du canton de Berne (SMCB), de l'Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile, de la section bernoise de l'association faîtière des homes et des institutions sociales (Curaviva Berne), de l'Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (ASMAC) et de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI).



2. Contexte

En adoptant la motion 034-2015 Zumstein/Kohler, le Grand Conseil bernois a chargé le Conseil-exécutif d'élaborer une stratégie de la santé permettant, d'une part, d'exposer les orientations du canton de Berne en la matière et, d'autre part, de coordonner ses projets et rapports² avec la stratégie fédérale Santé2020.

La stratégie de la santé figure parmi les objectifs du programme gouvernemental de législature 2019 à 2022³. Dans ce dernier, le gouvernement expose sa vision à l'horizon 2030, s'engageant d'ici cette échéance à accroître le potentiel de ressources et la capacité économique du canton, à améliorer la qualité de vie de la population, à renforcer la cohésion sociale et à jouer un rôle moteur dans le domaine de l'environnement. Sur cette base, il a établi les priorités de sa politique pour les quatre années à venir ainsi que cinq objectifs stratégiques.

La stratégie de la santé se fonde sur le troisième objectif du Conseil-exécutif, qui est énoncé en ces termes : « Le canton de Berne est attractif pour sa population. Il favorise la cohésion sociale en renforçant une intégration ciblée pour les personnes socialement défavorisées. » Elle contribue aussi à la réalisation du premier objectif, selon lequel le canton de Berne doit être un pôle attractif pour l'innovation et l'investissement.

Ses axes stratégiques, objectifs et mesures ont été établis après une comparaison entre les engagements pris par le Conseil-exécutif et la situation actuelle. Cette dernière a fait l'objet d'une analyse exhaustive, dont les principaux résultats sont exposés au chapitre suivant.

Une fois la présente stratégie approuvée par le Conseil-exécutif et portée à la connaissance du Grand Conseil, il s'agira de mettre au point des stratégies partielles (voir chapitre 8) destinées à assurer une gestion et un pilotage efficaces dans chacun des champs d'action.

² Quelques rapports à titre d'exemple : La médecine de premier recours dans le canton de Berne, Politique du 3^e âge du canton de Berne, Aide aux personnes dépendantes dans le canton de Berne – stratégies et mesures, Planification des soins selon la loi sur les soins hospitaliers

³ Voir www.rr.be.ch > Le Conseil-exécutif > Programme gouvernemental de législature



3. Recoupements entre santé publique et autres domaines politiques

La santé est à la jonction de différents domaines :

- **Politique de l'éducation et de la formation :** les chances de vivre en bonne santé augmentent avec le niveau de formation. Chacun doit avoir accès au savoir et pouvoir mettre en pratique ses connaissances, notamment sa compétence en matière de santé, qui figure d'ailleurs au programme de la scolarité obligatoire. En outre, la formation et le perfectionnement du personnel de soins et d'assistance relèvent de ces deux politiques.
- **Politique sociale :** l'état de santé a une incidence sur le niveau de vie et sur l'intégration dans la société, deux thèmes au cœur de la politique sociale. En effet, être malade, accidenté ou tributaire de soins entraîne de grands risques de paupérisation. Le succès des mesures visant à améliorer les conditions de vie (sociales, économiques, etc.) et, plus globalement, la réussite d'une politique sociale au sens large se mesurent aussi à l'aune de leurs effets bénéfiques sur le système sanitaire et, partant, sur la santé de l'individu et de la population dans son ensemble. Promotion de la santé, prévention et aide en cas d'addiction sont au carrefour de la santé et de l'action sociale. Ces domaines revêtent un rôle majeur, en particulier en ce qui concerne les personnes vulnérables, souvent difficiles à atteindre, et illustrent l'importance sociopolitique de soins ouverts à toutes et à tous.

- **Politique économique :** accidents et maladies grèvent lourdement l'économie, alors qu'une population en bonne santé favorise la création de valeur ajoutée. Si la politique économique est évoquée dans le présent chapitre, c'est parce que l'activité professionnelle est en étroite corrélation avec la santé : un emploi satisfaisant et de bonnes conditions de travail ont des effets positifs sur cette dernière, alors que le chômage la met en péril. Au demeurant, promouvoir l'essor des entreprises revient pour le canton à s'assurer une plus grande marge de financement dans le secteur de la santé.
- **Politique environnementale :** la préservation de l'environnement est déterminante pour le bien-être de la population. Les ressources naturelles d'un pays, la qualité de l'eau et de l'air ainsi que le climat influent de manière décisive sur la santé.
- **Politique de la sécurité :** disposer d'un cadre de vie sûr, notamment dans l'espace public, et être protégé contre les actes de violence sont autant de facteurs favorables au maintien de la santé.
- **Politique financière :** d'elle dépend dans une large mesure le cadre financier de la couverture en soins et la manière dont sont organisés les modèles (souvent complexes) de prise en charge des frais. Elle agit tant sur la définition des besoins que la finabilité de leur couverture et influe indirectement sur le système de santé, sa planification et son pilotage.



4. Situation actuelle

Le présent chapitre expose dans un premier temps le cadre général dans lequel s'inscrit le système de santé bernois. Suivent ensuite des chiffres clés, puis un état des lieux sous différents angles : couverture en soins et pilotage du système de santé, autorités, coût et financement, personnel. A noter qu'il manque aujourd'hui un certain nombre de données et d'indicateurs nécessaires à une description et à une analyse véritablement exhaustives de la situation.

4.1 Cadre général

Le système de santé ne peut pas être considéré isolément. Il doit être envisagé dans son contexte, lequel résulte de la structure démographique, des progrès de la médecine ainsi que de la politique nationale et cantonale.

Le canton de Berne compte environ 1 030 000 habitantes et habitants. En 2017, quelque 212 000 personnes âgées de 65 ans ou plus, dont près de 54 000 de plus de 80 ans, y étaient domiciliées, soit respectivement 21 pour cent et 6 pour cent de l'ensemble de la population résidente. Celles âgées de 65 ans et plus étaient en majorité des femmes, leur proportion augmentant avec les années, ce qui correspond à la situation à l'échelle de la Suisse. D'une manière générale, le taux des 65 ans et plus connaîtra une forte croissance d'ici 2030⁴.

Le vieillissement de la population, l'inclusion des personnes en situation de handicap et la polymorbidité en hausse ont un impact sur tous les aspects de la couverture en soins. S'y ajoutent les maladies non transmissibles (MNT), qui représentent la première cause de mortalité en Suisse et figurent de surcroît parmi les principaux facteurs d'augmentation des coûts de la

santé. Etant donné qu'une part non négligeable des MNT peut être soit évitée, soit retardée, les mesures de promotion de la santé et de prévention sont appelées à prendre de plus en plus d'importance. Les progrès de la médecine ont quant à eux une influence significative sur la couverture en soins.

La dimension politique doit également être prise en considération. Les mesures actuelles et futures définies au niveau national ont et auront une incidence sur la prise en charge de la population bernoise. Entrée en vigueur en 1996, la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)⁵ poursuivait plusieurs objectifs : favoriser la solidarité, garantir l'accès aux soins, maîtriser les coûts et assurer la qualité en toute transparence. Les deux premiers sont aujourd'hui considérés comme atteints. En revanche, la transparence en matière de qualité ne s'est pas améliorée et il s'avère que les coûts et les primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS) ont connu une croissance bien plus forte que le produit intérieur brut (PIB). Sur la base de ce constat, des efforts considérables ont été déployés pour freiner les dépenses. Ainsi, l'année 2012 a vu la mise en place du nouveau régime de financement hospitalier, qui comporte des éléments tels que le libre choix de l'hôpital, le financement dual-fixe et la rémunération des prestations au moyen de forfaits par cas (DRG). D'autres mesures ont été par ailleurs adoptées pour promouvoir le recours aux médicaments génériques, qui sont moins coûteux, et les soins ambulatoires. La durée de séjour en hôpital est quant à elle en recul depuis des années, tendance renforcée par l'introduction des listes de prestations ambulatoires, les progrès médicaux permettant de réaliser de plus en plus d'interventions sans hospitalisation, ce qui réduit les coûts. A noter cependant que la réussite du transfert à l'ambulatoire dépend aussi de la manière dont le suivi est planifié.

⁴ Statistique de la population et des ménages (STATPOP) 2017 de l'Office fédéral de la statistique (OFS), voir www.bfs.admin.ch > Office fédéral de la statistique > Trouver des statistiques > Population

⁵ RS 832.10

En ce qui concerne le dossier électronique du patient (DEP), les hôpitaux devront le proposer à leur patientèle d’ici 2020, les établissements médico-sociaux (EMS) d’ici 2022. Parmi les autres révisions législatives prévues à l’échelle fédérale figurent notamment le financement uniforme des traitements ambulatoires et hospitaliers et un programme de maîtrise des coûts basé sur un rapport d’experts⁶.

La Confédération a aussi élaboré des stratégies et des programmes qui doivent être mis en œuvre par les cantons et coordonnés avec leurs autres activités. Citons à titre d’exemple la stratégie nationale *Prévention des maladies non transmissibles 2017–2024*, la *Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2013–2015*, la *Stratégie nationale en matière de démence 2014–2019* ou la stratégie nationale *Addictions 2017–2024*. Une vue d’ensemble des travaux figure sur le site de l’Office fédéral de la santé publique (OFSP)⁷.

De son côté, le canton de Berne n’est pas resté inactif : depuis quelques années déjà, il œuvre en qualité d’actionnaire majoritaire des hôpitaux anciennement publics, convertis en sociétés anonymes (SA), et il a autonomisé les cliniques psychiatriques en 2017 en les transformant elles aussi en SA.

Il cofinance par ailleurs certaines des prestations non prises en charge par les assureurs. Pour ce faire, il a notamment mis au point et introduit dans le domaine de la psychiatrie un modèle de coûts normatifs pour le financement des prestations ambulatoires en milieu hospitalier et des prestations des cliniques de jour.

En outre, il autorise et finance des projets pilotes afin de répondre à des besoins non couverts par le système de santé et de développer des modèles de soins intégrés. C’est ainsi que la SAP supervise par exemple un essai pilote de trois ans visant à promouvoir les équipes mobiles en soins palliatifs et, par là même, à améliorer la couverture en soins dans les différentes régions.

L’action du canton se fonde sur la planification des soins hospitaliers, régulièrement révisée, qui est prévue par la loi du 13 juin 2013 sur les soins hospitaliers (LSH)⁸. L’édition 2016 en vigueur détermine les besoins futurs dans les domaines suivants : soins aigus somatiques, réadaptation, psychiatrie (cliniques de jour et services ambulatoires inclus), sauvetage et professions de la santé non universitaires⁹.

Le canton établit également une planification propre au long séjour (planification des EMS). En revanche, les autres secteurs de prise en charge ne font pas l’objet d’une planification, ce qui a entre autres pour conséquence une identification moins systématique des offres lacunaires.

⁶ Programme visant à freiner la hausse des coûts dans l’assurance obligatoire des soins ; rapport du groupe d’experts du 24 août 2017, voir www.bag.admin.ch > Office fédéral de la santé publique OFSP > Assurances > Assurance-maladie > Maîtrise des coûts

⁷ Vue d’ensemble des stratégies nationales en matière de santé, voir www.bag.admin.ch > Office fédéral de la santé publique OFSP > Stratégie & politique > Stratégies nationales en matière de santé

⁸ RSB 812.11

⁹ Planification des soins 2016 selon la loi sur les soins hospitaliers, voir www.gef.be.ch > Santé > Soins hospitaliers > Planification des soins > Planification des soins 2016

4.2 Chiffres clés

Voici quelques données chiffrées sur le domaine de la santé dans le canton de Berne (superficie de 5959 km²) :

Chiffres clés sur la santé dans le canton de Berne	
Nombre d’hôpitaux dans le canton de Berne en 2019 ^{10,11}	19 hôpitaux de soins aigus somatiques (dont 2 maisons de naissance) 14 cliniques psychiatriques (dont 4 rattachées à un hôpital de soins aigus et 3 centres de traitement des addictions) 9 centres de réadaptation (dont 4 rattachés à un hôpital de soins aigus)
Nombre d’EMS en 2018 ¹²	307
Nombre estimé de cabinets médicaux en 2017 (densité médicale) ¹³	environ 3000 (2,9 pour 1000 habitantes et habitants)
Nombre de services d’aide et de soins à domicile en 2018 ¹⁴	95, dont 49 avec obligation de prise en charge et 2 hors canton
Nombre d’infirmières et d’infirmiers indépendants ayant facturé des prestations d’aide et de soins à domicile en 2018 ¹⁵	284
Organisations gérant des logements protégés en 2018 (avec autorisation de fournir des prestations d’aide et de soins à domicile) ¹⁶	70

¹⁰ Une partie de la population bernoise est soignée dans des établissements hospitaliers hors canton, tandis que les hôpitaux bernois prennent en charge un nombre non négligeable de patientes et de patients en provenance d’autres cantons ou de l’étranger. La couverture en soins doit tenir compte de ces deux paramètres.

¹¹ Liste des établissements au bénéfice d’une autorisation d’exploiter du canton de Berne, voir www.gef.be.ch > Santé > Soins hospitaliers > Hôpitaux > Liste des hôpitaux (hôpitaux), www.gef.be.ch > Santé > Soins hospitaliers > Psychiatrie (psychiatrie) et www.gef.be.ch > Santé > Soins hospitaliers > Réadaptation (réadaptation)

¹² Liste des EMS du canton de Berne, voir www.gef.be.ch > La Direction > Organisation > Office des personnes âgées et handicapées > Publications > Personnes âgées

¹³ Les cabinets médicaux n’étant pas soumis à autorisation, ils ne sont pas répertoriés et il est donc impossible de les chiffrer avec exactitude. Leur nombre dans le canton de Berne est cependant estimé à 3000 environ, sur la base des quelque 4700 autorisations délivrées en 2018 pour exercer la profession de médecin et de la statistique médicale 2018 de la FMH (voir www.fmh.ch > Thèmes > Statistique médicale > Statistique médicale de la FMH). En Suisse, la densité médicale est de 4,4 médecins pour 1000 habitants, ce qui est supérieur à la moyenne de 3,6 dans les pays de l’OCDE. Elle se situe à 0,95 pour les généralistes du secteur ambulatoire et à 1,26 pour les spécialistes de ce même secteur (chiffres pour l’ensemble de la Suisse).

¹⁴ Décompte des prestations facturées à la SAP en 2018 par les services d’aide et de soins à domicile

¹⁵ Décompte des prestations facturées à la SAP en 2018 par les infirmières et infirmiers indépendants

¹⁶ Décompte des prestations facturées à la SAP en 2018 par les organisations gérant des logements protégés

Nombre de bénéficiaires de prestations complémentaires en 2017 ¹⁷	
– Total	45 429 (17,4% de l'ensemble des personnes retraitées)
– Assurance-vieillesse et survivants (AVS)	31 066 (13,8% de l'ensemble des personnes retraitées)
– Assurance-invalidité (AI)	13 772 (54,1% de l'ensemble des personnes retraitées)
Nombre de services de sauvetage sous mandat de prestations en 2018 ¹⁸	8 (dont 6 rattachés à des hôpitaux)
Nombre d'institutions pour personnes en situation de handicap en 2017 ¹⁹	101
Espérance de vie à la naissance en 2016 ²⁰	80,6 ans pour les hommes et 84,8 ans pour les femmes
Population âgée de plus de 64 ans en 2017 ²¹ (rapport de dépendance des personnes âgées ²²)	211 994 (34,0%)
Population âgée de plus de 80 ans en 2017 ²³ (rapport de dépendance des personnes très âgées ²⁴)	53 503 (6,8%)
Prime mensuelle moyenne de l'AOS pour les adultes bernois en 2019 ²⁵	CHF 380,20
Prestations nettes de l'AOS dans le canton de Berne en 2017 (dépenses annuelles par personne assurée) ²⁶	CHF 3,5 mia env. (CHF 3416)
Dépenses du canton de Berne dans le domaine de la santé en 2017 (dépenses annuelles par habitant) ²⁷	CHF 1,5 mia env. (CHF 1440)
Dépenses du canton de Berne pour la formation aux professions de la santé non universitaires en 2017 ²⁸	CHF 10,5 mio env.
Dépenses du canton de Berne pour la formation postgrade en médecine en 2017 ²⁹	CHF 19 mio env.

¹⁷ Office fédéral des assurances sociales (OFAS), Statistique 2017 des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, 2018), graphique p. 4, voir www.bsv.admin.ch > L'OFAS en ligne > Assurances sociales > Prestations complémentaires > Statistique

¹⁸ Contrats de prestations 2018 de l'Office des hôpitaux (ODH)

¹⁹ Contrats de prestations 2017 de l'Office des personnes âgées et handicapées (OPAH)

²⁰ Statistique du mouvement naturel de la population (BEVNAT), Office fédéral de la statistique (OFS), voir www.bfs.admin.ch > Trouver des statistiques > Population > Statistique du mouvement naturel de la population, et Statistique 2017 de la population et des ménages (STATPOP), OFS, voir www.bfs.admin.ch > Trouver des statistiques > Catalogues et banques de données > Publications

²¹ STATPOP 2017, OFS, voir www.bfs.admin.ch > Trouver des statistiques > Population

²² Rapport entre la population des personnes âgées de plus de 64 ans et celle des 20 à 64 ans

²³ STATPOP 2017, OFS, voir www.bfs.admin.ch > Trouver des statistiques > Population

²⁴ Rapport entre la population des personnes âgées de plus de 80 ans et celle des 20 à 80 ans

²⁵ Approbation des primes 2018 de l'OFSP, voir www.priminfo.admin.ch > Chiffres et faits > Approbation des primes

²⁶ Id.

²⁷ Des données détaillées sur le mode de financement et le système de rémunération par catégorie de fournisseurs de prestations figurent à l'annexe 3.

²⁸ Rapport sur l'obligation de formation 2017, SAP, voir www.gef.be.ch > La Direction > Organisation > Office des hôpitaux > Formulaires/demandes > Obligation de formation

²⁹ Rapport de gestion 2017 du canton de Berne, voir www.fin.be.ch > Finances > Publications > Rapport de gestion/Compte d'Etat

Contributions à l'OrTra Santé Berne et à l'OrTra bernoise francophone santé-social (ortra-bef-s2) en 2017 ³⁰	CHF 480 000 env.
Dépenses du canton de Berne (après compensation des charges) dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention (programmes de dépistage du cancer exclus) en 2018 ^{31,32}	CHF 4 mio env.
Dépenses du canton de Berne pour les institutions destinées aux personnes en situation de handicap en 2017 ³³	CHF 176 mio env.

4.3 Couverture en soins et pilotage du système

4.3.1 Bases juridiques

Le système de santé relève de la compétence des cantons. A Berne, son organisation et sa surveillance sont régies par différentes lois telles que la LSH, la loi du 2 décembre 1984 sur la santé publique (LSP)³⁴ et la loi du 11 juin 2011 sur l'aide sociale (LASoc)³⁵ ainsi que par les dispositions d'exécution ad hoc. D'autres volets, en particulier ceux liés au financement et aux assurances, sont régis au niveau de la Confédération, notamment par la LAMal, la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA)³⁶ et la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI)³⁷. La densité normative est généralement très élevée, notamment en ce qui concerne le secteur hospitalier, et le régime de financement actuel favorise les soins curatifs.

4.3.2 Prestations

Le canton de Berne dispose d'une large gamme de prestations de santé, depuis les soins de base ambulatoires jusqu'à la médecine universitaire hautement spécialisée.

Les soins de base sont organisés de manière décentralisée, tandis que la médecine de pointe est regroupée sur quelques sites.

Les deux hôpitaux universitaires, à savoir l'Hôpital de l'Ile et les Services psychiatriques universitaires de Berne (SPU), viennent compléter l'offre des médecins de premier recours et des spécialistes en cabinet ainsi que celle des établissements privés et des fournisseurs de prestations cantonaux (anciens hôpitaux, services psychiatriques et centres de réadaptation publics). Il convient de noter que dans certains domaines de la médecine de pointe, seules quelques rares institutions ont été mandatées à l'échelle de la Suisse, dont aucune n'est située dans le canton de Berne³⁸. De même, certaines spécialités de la réadaptation ne sont pas proposées dans le canton³⁹.

³⁰ Contrats de prestations 2017 de la SAP

³¹ En raison du programme d'allègement 2018, les moyens alloués à la promotion de la santé et à la prévention sont nettement moindres à partir de 2019.

³² Contrats de prestations 2018 de la SAP

³³ Contrats de prestations 2017 de la SAP

³⁴ RSB 811.01

³⁵ RSB 860.1. Les bases juridiques relatives à la promotion de la santé et à la prévention ainsi qu'à l'aide en cas d'addiction sont actuellement inscrites dans la LASoc. A l'avenir, elles le seront dans la loi sur les programmes d'action sociale (LPASoc).

³⁶ RS 832.20

³⁷ RS 831.20

³⁸ Transplantations pulmonaires et traitement des brûlures graves, par exemple

³⁹ En règle générale, les paraplégiques et les tétraplégiques sont admis au Centre suisse des paraplégiques de Notwill.

La couverture en soins est généralement considérée comme bonne, même si des lacunes, des surcapacités et des inadéquations ont été identifiées çà et là⁴⁰. Les deux derniers cas de figure se présentent lorsque les fournisseurs augmentent le volume de leurs prestations alors que la valeur ajoutée de celles-ci est nulle ou faible, qu'une offre excessive en technologie de pointe ou en médecine hautement spécialisée (MHS) implique une induction de la demande pour être amortie, que des prestations sont rémunérées alors qu'elles ne sont ni appropriées ni économiques ou qu'une coordination défail-lante est à l'origine d'examens ou de traitements à double, de rendez-vous médicaux superflus ou d'une prise en charge inadéquate. Quant aux lacunes, qui peuvent résulter d'un manque de personnel, elles sont susceptibles d'entraîner une baisse de la qualité des prestations ou le renoncement à certaines d'entre elles en dépit de leur nécessité avérée. Des mesures de promotion de la santé insuffisantes peuvent en outre empêcher d'atteindre les objectifs visés dans la prévention des maladies chroniques. Les lacunes semblent concerner en particulier certains domaines spécialisés, tels les soins palliatifs ou les prestations psychiatriques ambulatoires, pénalisant principalement les groupes vulnérables et les régions périphériques. Enfin, alors que certaines catégories de la population ne font pas suffisamment usage des prestations médicales qui leur seraient pourtant nécessaires, ce qui a pour conséquence une morbidité accrue et une dégradation de l'état de santé, d'autres au contraire y ont recours à l'excès sans véritable nécessité.

Les nouvelles technologies, les modèles de soins, le cadre réglementaire ainsi que l'évolution des besoins et des attentes des patientes et des patients ont eux aussi une incidence décisive sur l'éventail de prestations, le personnel requis et l'infrastructure, sans oublier l'organisation des processus.

Le canton de Berne finance par ailleurs des structures visant à garantir les droits de la patientèle (organe de médiation pour le secteur hospitalier, Office bernois de médiation pour les questions du troisième âge, de l'encadrement et des homes, fondation Organisation suisse des patients, fondation Sécurité des patients Suisse, etc.). En outre, la loi lui impose de mettre sur pied des prestations de promotion de la santé et de prévention, dont des consultations et d'autres offres destinées aux enfants, aux adolescents et aux personnes de 60 ans et plus. Dans ce contexte, il travaille en collaboration avec la fondation Promotion Santé Suisse et cofinance notamment des projets cantonaux encourageant une alimentation équilibrée, l'activité physique et la santé psychique. Parmi les autres services qu'il propose figurent toutes sortes d'actions liées à diverses thématiques comme le sida, l'abus d'alcool, la drogue, la violence et le harcèlement, qui se traduisent tant par des informations et des recommandations au public que par des formations, des cours et des manifestations. Le canton de Berne est en outre chargé de la supervision du service médical scolaire et de la surveillance des maladies infectieuses. Il mène à bien des études épidémiologiques, définit la couverture

vaccinale et s'engage en faveur de mesures préventives spécifiques, notamment le dépistage du cancer du sein par mammographie. D'autres programmes de dépistage, par exemple celui du cancer colorectal, sont à l'étude.

Le dossier électronique du patient (DEP) sera amené à jouer un rôle clé dès son introduction graduelle à l'échelle fédérale, qui est prévue à partir de 2020. Le canton de Berne a activement soutenu sa mise en œuvre et, en collaboration avec celui de Zurich, met sur pied la société d'exploitation axsana. Celle-ci doit également proposer des applications interentreprises (B2B) et entreprises-patients/usagers (B2C) et permettre à des tiers de mettre à disposition d'autres processus de ce type sur cette même plateforme. Pour définir ces solutions, encourager la collaboration et éviter les ruptures de médias, le canton de Berne promeut les échanges entre fournisseurs de prestations, organisant pour ce faire des séances de mise en réseau.

4.3.3 Structures

Le système de santé englobe plusieurs domaines de soins qui s'articulent autour de différents axes : somatique et psychiatrique, aigu et chronique, ambulatoire et hospitalier. A ces domaines traditionnels s'ajoutent le transport et le sauvetage, dont il est également tenu compte dans la présente stratégie.

Comme déjà évoqué au chapitre 3, la santé de la population dépasse le cadre strict du sanitaire et entretient notamment des liens étroits avec

la politique sociale. Elle dépend en effet de nombreux facteurs, parmi lesquels figurent, outre la sécurité sociale et économique, le niveau de formation, les conditions de travail et la participation à la vie de la communauté, mais aussi le mode de vie et la qualité de l'environnement. Il est possible d'influer sur une grande partie de ces facteurs⁴¹, raison pour laquelle les mesures de promotion de la santé et de prévention viennent compléter la couverture en soins. Conscient de la dimension psychosociale de celle-ci, le canton de Berne propose tout un éventail de prestations en ce sens, par exemple dans le cadre de l'aide en cas d'addiction et des soins palliatifs.

S'il procède principalement de la législation fédérale et cantonale, le système de santé est aussi conditionné par des paramètres tels que les moyens financiers, le personnel, l'infrastructure et la technologie. Résultant d'une évolution historique, les structures de soins font intervenir moult acteurs publics et privés, dont la contribution et les interactions diffèrent selon le secteur concerné.

Le système de santé est très fragmenté. Il en découle une multitude d'interdépendances et de recoupements non seulement entre les domaines de soins, mais aussi au sein de chacun d'entre eux. La coordination de la pléthore de fournisseurs ainsi que la transmission en toute fiabilité de l'ensemble des informations pertinentes pour le traitement des patientes et des patients revêtent une importance capitale, notamment au vu de l'essor de la santé numérique.

⁴⁰ Plusieurs études font état de disparités considérables au niveau des coûts et de la fréquence d'interventions spécifiques qui ne sont pas imputables à l'état de santé de la population. De telles variations géographiques à l'échelle suisse ont par exemple été mises en évidence par le projet d'atlas des services de santé, qui a été soutenu par la fondation Gottfried et Julia Bangerter-Rhyner dans le cadre du programme

Recherche sur les services de santé de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) et a été mené en collaboration avec l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne (ISPM) et l'Observatoire suisse de la santé (Obsan). Voir www.versorgungsatlas.ch (uniquement en allemand).

⁴¹ Voir par exemple l'article d'Economiesuisse de mai 2018 intitulé « Santé : quatre facteurs qui pèsent plus dans la balance que les soins et les traitements », www.economiesuisse.ch > Actualités > Politique économique > Juin 2018



Le canton de Berne présente de grandes disparités régionales en termes de répartition des fournisseurs de prestations et par conséquent de disponibilité de l'offre. Les régions périphériques sont moins bien loties que les centres urbains, qui affichent une plus grande densité médicale et proposent des prestations spécialisées, et la couverture en soins y est plus difficile à assurer, notamment de par la topographie du canton.

4.3.4 Instruments de pilotage

Le pilotage du système de santé est assuré par différents dispositifs d'autorisation, de surveillance, de financement et de contrôle dont la multiplicité va de pair avec une grande disparité.

Le canton de Berne pilote avant tout le secteur hospitalier, en attribuant les mandats de prestations et en édictant la liste des hôpitaux⁴². Pour y être répertoriés, les établissements doivent répondre à des exigences minimales, l'objectif étant de garantir la sécurité des patientes et patients et d'assurer la qualité des traitements. Tout en vérifiant régulièrement le respect des mandats, en particulier en ce qui concerne les prestations qu'il cofinance, le canton exerce aussi une fonction de surveillance plus large, s'assurant que les hôpitaux remédient rapidement aux éventuels problèmes ayant été identifiés.

Le canton tient par ailleurs une liste des EMS⁴³. Malgré le contingentement du nombre de places, la répartition régionale des lits n'est pas parfaitement équilibrée⁴⁴.

La latitude du canton est plus limitée en ce qui concerne par exemple les services d'aide et de soins à domicile, les médecins en pratique privée et les prestations ambulatoires en milieu hospitalier. Dans ce dernier secteur, il convient de distinguer entre soins aigus somatiques, réadaptation et psychiatrie. Le canton ne pilote ni ne cofinance les prestations ambulatoires des hôpitaux et des centres de réadaptation. En revanche, il peut intervenir dans le domaine de la psychiatrie en procédant à l'achat ciblé de prestations ambulatoires et de clinique de jour non couvertes par l'AOS (prestations de base fixes et gestion intégrée des soins, notamment).

Pour ce qui est des services d'aide et de soins à domicile, ils sont certes soumis à une autorisation, mais celle-ci est délivrée indépendamment des besoins effectifs. Quant aux cabinets médicaux, ils n'y sont pas assujettis. Le canton limite cependant l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'AOS en vertu de l'article 55a LAMal⁴⁵.

⁴² Voir liste des hôpitaux du canton de Berne, www.gef.be.ch > Santé > Soins hospitaliers > Hôpitaux > Liste des hôpitaux

⁴³ Voir liste des EMS du canton de Berne, www.gef.be.ch > La Direction > Organisation > Office des personnes âgées et handicapées > Publications > Personnes âgées

⁴⁴ Sur les 15 500 lits en EMS fixés dans le contingent cantonal, 15 444 ont déjà été attribués (1142 ont été réservés et ne sont pas encore en service).

⁴⁵ Voir l'ordonnance du 3 juillet 2013 sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (OLAF; RS 832.103) Ne sont pas concernés les médecins, toutes disciplines confondues, qui pratiquaient déjà dans leur propre cabinet à la charge de l'AOS avant le 1^{er} juillet 2013 ou qui ont exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse

reconnu de formation postgrade, ceux diplômés en médecine interne générale, en pédiatrie, en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents ainsi que ceux titulaires du titre postgrade unique de médecin praticien. Pour la plupart des disciplines dont l'admission est limitée, le nombre de médecins autorisés dépasse aujourd'hui celui fixé en 2013 par le Conseil fédéral pour le canton de Berne. En effet, le nombre de demandes d'autorisation de pratiquer à la charge de l'AOS a considérablement augmenté entre le 31 décembre 2011 et le 1^{er} juillet 2013, période durant laquelle l'article 55a LAMal était abrogé. A noter également que les chiffres figurant dans l'OLAF ne se fondent pas sur un calcul des besoins, mais sur le nombre de médecins possédant déjà un numéro d'homologation au moment où le plafond a été fixé.

En revanche, le canton de Berne exerce une influence directe là où il lui est possible d’acheter et de financer des prestations ciblées via des contrats, ce qui est par exemple le cas dans les domaines de la psychiatrie ambulatoire, du long séjour, du sauvetage, de l’aide en cas d’addiction ainsi que de la promotion de la santé et de la prévention. Il en va de même lorsqu’il finance des essais et des projets pilotes. Les contrats de prestations font l’objet d’un contrôle ainsi que d’une supervision régulière visant à s’assurer que les moyens alloués sont utilisés à bon escient.

Pour ce qui est des centres hospitaliers régionaux (CHR) et des services psychiatriques régionaux (SPR), le canton de Berne pilote ceux-ci en qualité d’actionnaire majoritaire, statut qui confère par exemple au Conseil-exécutif la compétence de désigner le conseil d’administration (stratégie de propriétaire), responsabilité qui lui incombe également pour le groupe de l’Ile, bien qu’il n’en soit qu’actionnaire minoritaire.

D’une manière générale, la surveillance et le pilotage sont entravés par le morcellement des structures administratives (voir chapitre 4.4).

4.4 Autorités

Les activités de santé publique incombent à différents offices de la SAP. Certains fournisseurs assurant une large gamme de prestations sont sous contrat avec plusieurs d’entre eux et, dans certains cas, ont aussi des interlocuteurs dans d’autres Directions de l’administration cantonale. Dans ces conditions, il n’est pas rare que des processus similaires soient gérés de manière différente et que l’échange d’informations et la coordination soient défaillants.

En ce qui concerne les chiffres clés, les données financières, les indicateurs de qualité et de résultat ainsi que les bases analytiques et statistiques, force est de constater des disparités d’un secteur à l’autre. Sont tout particulièrement insatisfaisantes les données relatives aux médecins en pratique privée, aux coûts totaux du système de santé bernois et à leur répartition entre les organismes de financement. Même lorsqu’elles existent, le canton ne peut souvent pas y accéder ou ne dispose pas des moyens juridiques ou techniques pour les croiser ou les exploiter. Quant aux bases conceptuelles liées aux conditions d’utilisation des données, elles font parfois défaut.

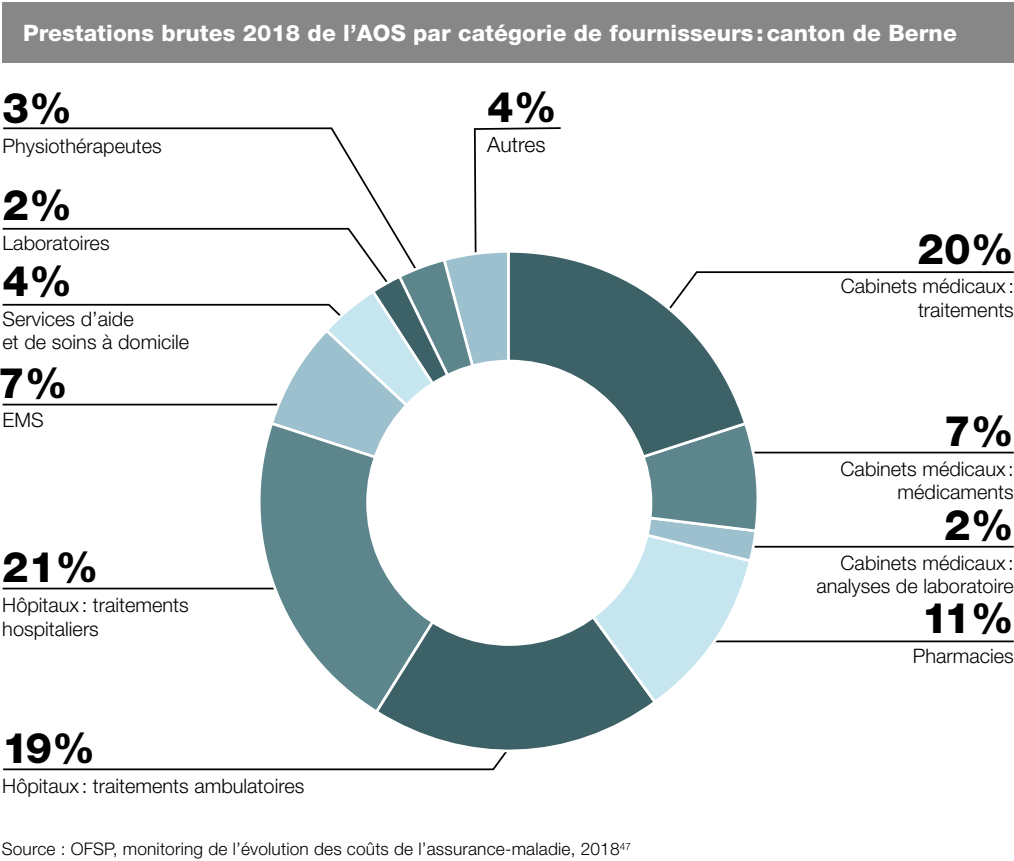
Depuis 2017, la SAP développe la numérisation tout en veillant strictement à la protection des données, l’objectif étant d’améliorer le relevé, la conservation et l’exploitation de celles-ci, de simplifier les processus et de faciliter la collaboration avec les partenaires.

4.5 Finances

En Suisse, les coûts des prestations de santé sont globalement élevés et leurs sources de financement multiples. Les données relatives à l’AOS sont présentées ci-après.

Prestations brutes 2018 de l'AOS: comparaison canton de Berne / ensemble de la Suisse		
	2018	
	Canton de Berne	Suisse
Prestations brutes de l'AOS par personne assurée	CHF 3965	CHF 3852

Source : OFSP, monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie, 2018⁴⁶

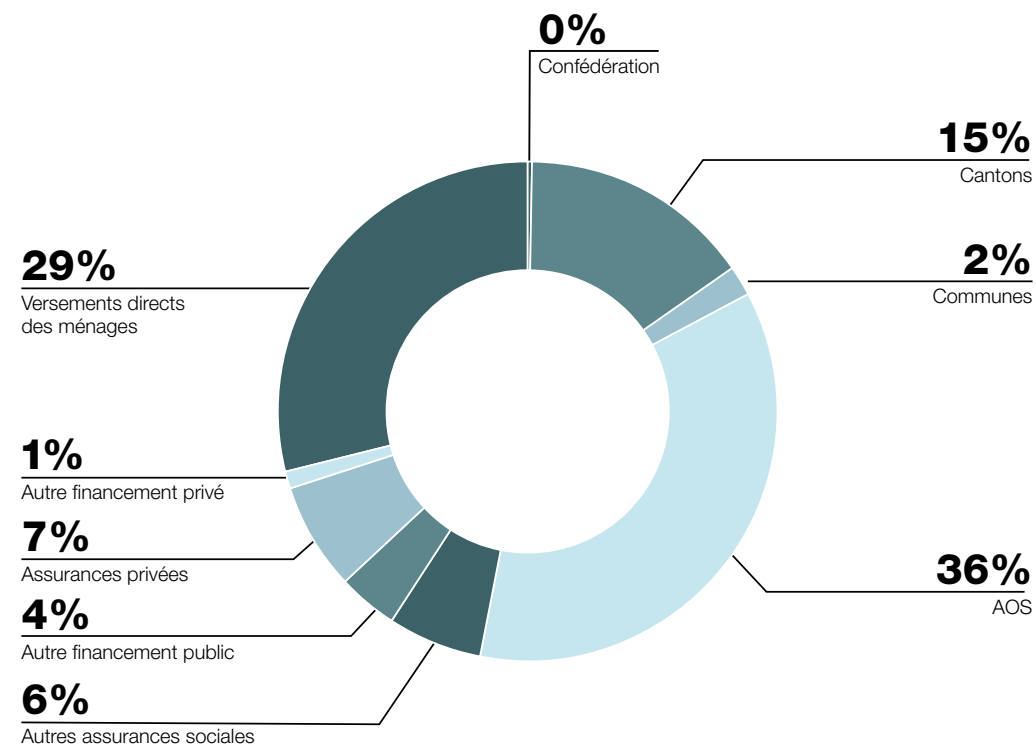


Comme présenté ci-dessus, les prestations brutes de l’AOS, qui correspondent à l’addition des prestations nettes des assureurs et de la participation des personnes assurées, peuvent être ventilées par catégorie de fournisseurs.

⁴⁶ Voir www.bag.admin.ch > Chiffres & statistiques > Assurance-maladie : statistiques > Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie

⁴⁷ Id.

Dépenses de santé 2016 par régime de financement



Source : OFS, coût et financement du système de santé, 2016⁴⁸

Dans le canton de Berne, les prestations brutes et nettes de l'AOS par personne assurée sont supérieures à la moyenne nationale ; il en va donc de même pour le montant moyen des primes qui, pour les adultes, est de 380,20 francs par mois en 2019, contre 372,30 francs en Suisse.

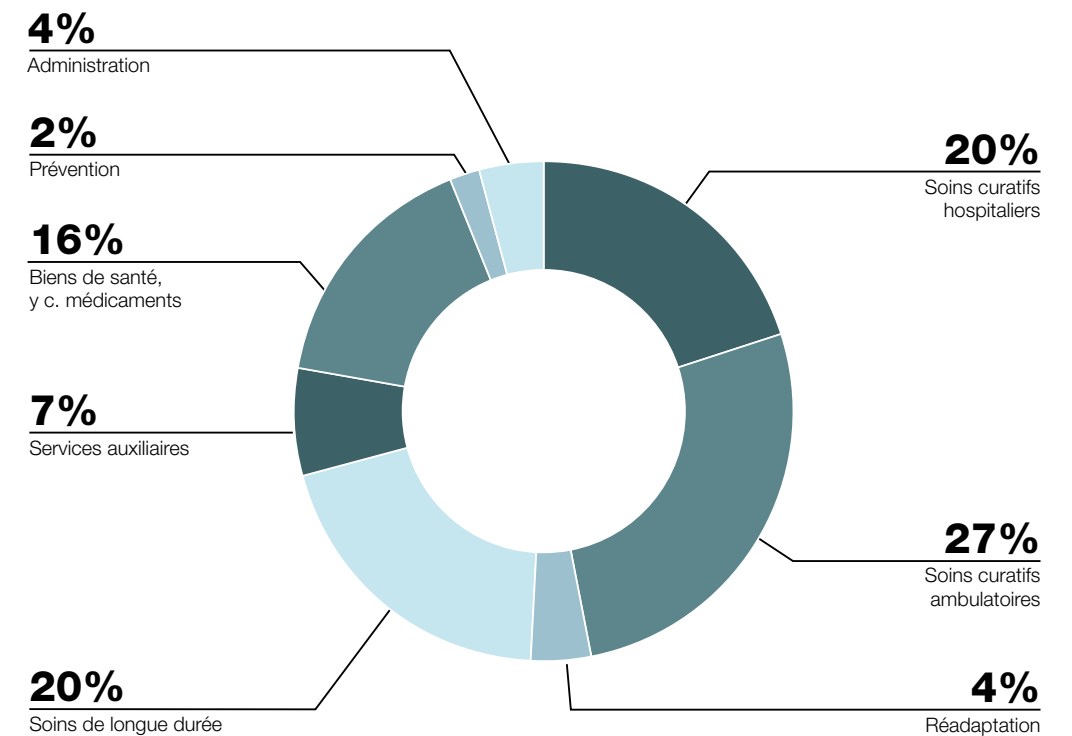
La participation bernoise aux coûts des prestations de l'AOS avoisine 12,5 pour cent. On peut dès lors estimer que près de 12,5 pour cent de l'ensemble des dépenses de santé en Suisse –

quelque 80,5 milliards de francs en 2016, soit 12,2 pour cent du PIB⁴⁹ – concerne la population bernoise, ce qui correspond à 10 milliards de francs environ.

Comme le montre le graphique ci-dessus, ces dépenses sont prises en charge par différents régimes de financement, dont l'AOS.

Quant aux types de prestation, ils se répartissent comme présenté ci-contre :

Dépenses de santé 2016 par type de prestation



Source : OFS, coût et financement du système de santé, 2016⁵⁰

Tandis que les soins en mode hospitalier sont cofinancés par le canton de Berne, ceux relevant de l'ambulatoire sont pour la plupart du ressort des assurances (sociales), l'AOS par exemple, ou alors sont directement financés par la patientèle (prestations dites autofinancées ou *out of pocket*). En 2017, le canton de Berne a consacré quelque 1,5 milliard de francs au domaine de la santé⁵¹.

Ces dépenses doivent être mises en regard des bénéfices induits, qu'ils soient directs – impact positif sur la santé, la qualité de vie, la dignité humaine et l'espérance de vie – ou indirects, par exemple meilleure aptitude à exercer une activité

professionnelle ou à reprendre un travail et, par là même, à percevoir un revenu. Difficilement quantifiables, ces effets se traduisent cependant par une augmentation des recettes fiscales et par une diminution des coûts sociaux. Dans cette optique, la promotion de la santé et la prévention s'envisagent non seulement comme des mesures à visée individuelle et collective, mais aussi comme un moyen de limiter à long terme les frais de santé. Par ailleurs, le poids économique du domaine de la santé, secteur médicotechnique compris, ne doit en aucun cas être sous-estimé, ne serait-ce que du point de vue de l'emploi : en 2016, près de 82 000 personnes, soit environ 58 000 équivalents plein temps (EPT), y travaillaient⁵², chiffre qui est appelé à augmenter d'ici 2030, notamment de par l'évolution démographique.

⁴⁸ OFS, coût et financement du système de santé 2016, voir www.bfs.admin.ch > Trouver des statistiques > Santé > Coût, financement

⁴⁹ Id.

⁵⁰ Id.

⁵¹ Voir annexe 3

⁵² Direction de l'économie publique du canton de Berne (ECO), Emplois et équivalents plein temps selon les activités économiques et le sexe, données 2016, voir www.vol.be.ch > Economie > Données économiques > Structure économique > Economie nationale

4.6 Personnel

Dans bon nombre de domaines de soins, de professions et de spécialités, mais aussi de régions, disposer de personnel en suffisance constitue un enjeu majeur. C’est pourquoi le canton de Berne exerce sur ce terrain également une fonction de pilotage, en particulier en ce qui concerne la formation et le perfectionnement. Dans cette optique, il a introduit au 1^{er} janvier 2012 l’obligation de formation applicable aux professions de la santé non universitaires, qui a pour dessein d’inciter les établissements bernois à exploiter leur potentiel en la matière, à répondre aux besoins en personnel qualifié et, partant, à assurer la relève. Il s’agit ici aussi d’atteindre les objectifs définis en termes de couverture en soins, ce qui est également dans l’intérêt des institutions soumises à cette obligation. Chaque année, les prestations de formation sont calculées puis fixées par voie de décision pour chacune d’entre elles. Il est ensuite vérifié, sur une base annuelle également, si ces prestations ont été effectivement fournies.

En 2017, 1443 diplômes du degré secondaire II, d’une école supérieure (ES) ou d’une haute école spécialisée (HES) ont été obtenus au sein de 361 établissements (hôpitaux, cliniques psychiatriques, centres de réadaptation, services de sauvetage, institutions de long séjour, services d’aide et de soins à domicile et cabinets privés)⁵³.

Le canton de Berne indemnise en outre la formation postgrade en médecine et en pharmacie à raison de 15 000 francs par poste et par an. En 2017, près de 19 millions de francs ont ainsi été alloués au financement de 1241 EPT. Or, en vertu de l’article 49, alinéa 3 LAMal, les frais de perfectionnement professionnel, qui relèvent des prestations d’intérêt général, ne sont pas compris dans la rémunération des prestations hospitalières que les cantons et les assureurs versent aux hôpitaux répertoriés.

Le forfait accordé par le canton de Berne est conforme à la Convention du 20 novembre 2014 sur les contributions des cantons aux hôpitaux relative au financement de la formation médicale postgrade et sur la compensation intercantonale des charges (convention sur le financement de

la formation postgrade, CFFP) que la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a soumise aux cantons pour ratification. La CFFP poursuit un double objectif : d’une part, allouer dans toute la Suisse un forfait annuel uniforme de 15 000 francs au minimum par médecin en formation postgrade (en EPT) et, d’autre part, introduire une compensation intercantonale permettant d’alléger la charge financière des cantons dont les établissements hospitaliers contribuent fortement à la formation. Fin 2018, 14 cantons avaient adhéré à la CFFP, alors que 18 doivent la ratifier pour que celle-ci puisse entrer en vigueur.

Depuis 2008, le canton soutient par ailleurs le projet *Assistanat au cabinet médical*. Mené par l’Institut universitaire de médecine générale de Berne (BIHAM), celui-ci vise à renforcer la médecine de premier recours, en particulier dans les zones rurales. En 2019, le nombre de postes d’assistanat en cabinet est passé de 21 à 35. Quant à la participation cantonale, elle se monte à 1,5 million de francs par an environ.

L’évolution démographique se traduira d’ici 2025 par une augmentation de la population

bernoise de près de 60 000 personnes⁵⁴, d’où un rapport de dépendance accru, qui atteindra 40 pour cent. Des mesures supplémentaires sont requises pour répondre à ces nouveaux besoins tout en faisant face à la pénurie croissante de personnel et à sa répartition inégale. A noter que la situation diffère selon les régions : l’insuffisance d’effectifs qualifiés est surtout à déplorer dans les zones rurales et touche avant tout les infirmières et les infirmiers ainsi que les médecins de premier recours⁵⁵ même si, dans une moindre mesure, les centres urbains sont eux aussi concernés et les spécialistes viennent à leur tour à manquer. Consacré aux professions de la santé non universitaires, le chapitre 16 de la *Planification des soins 2016 selon la loi sur les soins hospitaliers* quantifie le nombre de professionnels bien formés nécessaires à une prise en charge de la population à la fois adéquate et axée sur la qualité en exposant les mesures permettant d’assurer la relève.

Il convient enfin d’évoquer ici le bénévolat, qui complète et soutient le travail salarié sans toutefois lui faire concurrence. Loin d’être négligeable, son importance, bien que non chiffrée avec exactitude, ne doit pas être sous-estimée.

⁵³ Rapport sur l’obligation de formation 2017, SAP, voir www.gef.be.ch > La Direction > Organisation > Office des hôpitaux > Formulaire / demandes > Obligation de formation

⁵⁴ Voir les scénarios démographiques régionalisés pour le canton de Berne, www.fin.be.ch > Finances > Statistique publique > Population > Projections de l’évolution démographique (scénarios)

⁵⁵ Par médecins de premier recours, on entend les médecins ayant obtenu le titre de spécialiste en médecine générale, en médecine interne, en médecine interne générale, en pédiatrie, en gynécologie et obstétrique ou en psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent ainsi que les médecins praticiens.



5. Analyse SWOT

Le présent chapitre considère le système actuel sous l'angle de ses forces, de ses faiblesses, de ses opportunités et de ses menaces (analyse SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities,*

Threats). Le but poursuivi par la stratégie de la santé est respectivement de les conserver, de les surmonter, de les saisir ou de les contrer.

COUVERTURE EN SOINS ET PILOTAGE DU SYSTÈME	
Forces	Faiblesses
■ D'une manière générale, l'offre de soins ambulatoires et hospitaliers est vaste, diversifiée, accessible et d'un haut niveau de qualité. La population bernoise peut recourir au sein même du canton à pratiquement toute la gamme de prestations, des soins de base ambulatoires à la médecine hautement spécialisée. ■ Les prestations médicales sont à la disposition de tout un chacun. ■ Le canton de Berne compte deux hôpitaux universitaires (l'Hôpital de l'Île et les SPU). En tant que site médical et universitaire de pointe, il bénéficie d'une renommée internationale, attirant du personnel qualifié suisse et étranger ainsi qu'une patientèle provenant d'au-delà de ses frontières. ■ Différents fournisseurs de prestations spécialisés publics et privés collaborent dans les domaines des soins somatiques, de la psychiatrie et de la réadaptation. ■ Les hôpitaux sont compétitifs. Le canton de Berne applique correctement la LAMal en faisant preuve de modération dans l'indemnisation des prestations d'intérêt général. ■ Aucun rationnement des soins médicaux dû à la pression exercée sur les coûts n'est observé. ■ La planification régionale des prestations hospitalières garantit l'accès à des soins de base de proximité. ■ L'autonomisation des hôpitaux et des cliniques psychiatriques autrefois publics en sociétés anonymes confère à ceux-ci davantage de flexibilité dans l'aménagement de leur offre. ■ Le canton de Berne est autosuffisant : la majorité de la population se fait soigner à l'intérieur de ses frontières. En outre, les établissements bernois prennent en charge de nombreuses personnes non issues du canton. ■ Le canton ne pratique pas de politique interventionniste venant limiter ou renchérir l'offre.	■ Il existe des surcapacités ou, à l'inverse, une couverture insuffisante dans certaines disciplines ou régions, et les fournisseurs de prestations ambulatoires sont inégalement répartis. Les zones rurales manquent de plus en plus de médecins de premier recours. ■ La spécialisation croissante se traduit par une pénurie de généralistes pouvant assurer une prise en charge globale de la patientèle présentant une polymorbidité. Dans une large mesure, cette dernière ne bénéficie pas d'un suivi coordonné après un séjour hospitalier. ■ Il n'existe pas de stratégie ciblée : seuls quelques domaines de soins font l'objet d'un pilotage quantitatif (planification et contrôle). ■ A différents échelons et dans plusieurs domaines, les réglementations trop peu coordonnées obligent les établissements à fournir un volume considérable de données, parfois redondantes et pour lesquelles des moyens informatiques performants méritent d'être développés. Des systèmes inappropriés et non reliés entre eux nuisent à l'utilisation optimale des ressources. ■ Les réglementations ne sont pas adaptées aux besoins et aux conditions spécifiques des différentes régions. ■ Les traitements curatifs, préventifs et palliatifs sont peu coordonnés les uns avec les autres, de sorte qu'une véritable chaîne de prise en charge fait défaut. ■ Les défaillances conceptuelles et structurelles empêchent parfois de fournir les prestations de manière efficace et efficiente. Les structures sont complexes et peu adaptées à la réalité des soins d'aujourd'hui. ■ La prise en charge sanitaire actuelle est trop orientée sur les soins aigus et le secteur hospitalier. ■ Le morcellement du système de santé, mais aussi le cloisonnement entre celui-ci et le domaine social présupposent une coordination qui, pour l'heure, est perfectible. Les différents groupes professionnels, fournisseurs de prestations et domaines de soins ne travaillent pas suffisamment en réseau tout au long de la chaîne de prise en charge. ■ Au sein de la population bernoise, les chances de vivre en bonne santé diffèrent selon la situation et le statut social. ■ La gestion intégrée des soins souffre de lacunes de financement. Des innovations sont nécessaires, et de nombreux points d'achoppement de nature réglementaire, organisationnelle et financière doivent être levés pour aboutir à une prise en charge globale, centrée sur les besoins de la patiente ou du patient et incluant l'ensemble de la chaîne de prise en charge. ■ Il manque encore aujourd'hui une offre de soins aigus et de transition (SAT) post-hospitaliers facilement réalisable et à même d'améliorer la gestion intégrée.

■ domaines sur lesquels le canton peut exercer une influence

COUVERTURE EN SOINS ET PILOTAGE DU SYSTÈME	
Opportunités	Menaces
■ Le canton de Berne dispose d'un modèle échelonné de prise en charge dans le domaine hospitalier qui prévoit, d'une part, la décentralisation des soins de base et, d'autre part, la concentration des soins spécialisés et de la médecine de pointe. L'évolution démographique permet aux fournisseurs de prestations de se positionner sur le marché en proposant des offres innovantes. ■ Le transfert à l'ambulatoire de prestations autrefois hospitalières offre de nouvelles opportunités en termes de positionnement stratégique. ■ Les domaines des soins aigus et de la psychiatrie se rapprochent, et les établissements publics côtoient ceux du privé. Il convient de favoriser la coopération entre les fournisseurs de prestations et d'exploiter les effets de synergie. ■ Il importe que la population dispose d'une bonne compétence en matière de santé pour utiliser correctement les informations mises à sa disposition et comprendre le fonctionnement du système de soins. ■ La gestion intégrée des soins et le travail en réseau entre généralistes et spécialistes, hôpitaux et cliniques, services ambulatoires et EMS sont à développer et à renforcer. Il s'agit de créer des modèles de soins plus flexibles. ■ Il est essentiel de tirer parti des gains d'efficience offerts par l'intelligence artificielle, la numérisation et la cybersanté, et de développer la télémédecine. ■ Les nouvelles technologies pourraient permettre de mieux couvrir les besoins de la population, notamment dans les zones rurales ou en ce qui concerne la gestion intégrée des soins. Qui dit nouvelles thérapies (médecine personnalisée, p. ex.) dit traitements plus efficaces. ■ Le système de sauvetage bernois peut être optimisé en adaptant les sites (emplacement géographique, nombre d'équipes et horaires d'exploitation) et en rationalisant les petites structures organisationnelles.	■ L'induction de la demande par l'offre, le phénomène de l'aléa moral et le manque de coordination entraînent des inefficiences (p. ex. surmédication et interventions inutiles). Le vieillissement de la population engendre une augmentation des maladies chroniques et de la polymorbidité et, par conséquent, un recours accru aux services de santé. ■ La surréglementation, qui limite la flexibilité et la créativité, peut se répercuter sur la qualité des soins de base (p. ex. pilotage régi par le nombre de cas et le mode de financement). Les attentes de la société envers le système de santé sont de plus en plus élevées. Le besoin de traiter aussitôt tout problème médical a pour conséquence que les patientes et les patients n'hésitent plus à faire appel aux services d'urgence des hôpitaux, tandis que le lien avec le généraliste s'étiole, d'où une augmentation des coûts. ■ La concurrence entre établissements et le libre choix de l'hôpital prévus par la LAMal ne sont pas pleinement mis en œuvre. Les cantons prennent des mesures protectionnistes.

AUTORITÉS	
Forces	Faiblesses
■ Le personnel cantonal dispose de bonnes connaissances du domaine et d'une longue expérience.	■ Au sein de l'administration, les tâches sont réparties entre plusieurs Directions et offices (notamment en ce qui concerne la promotion de la santé, la prévention, l'aide en cas d'addiction et les professions de la santé). La coordination est difficile à assurer. ■ Les bases statistiques et analytiques sont lacunaires et peu transparentes. Les données relatives à la qualité sont parfois indisponibles, inexploitable, impossibles à croiser ou pas à jour. Des outils d'évaluation font défaut.
Opportunités	Menaces
■ Des bases décisionnelles plus exhaustives rendent la surveillance et le pilotage plus efficaces. ■ La transparence peut être améliorée par la publication des indicateurs de qualité et des données récoltées dans le cadre de la surveillance. ■ Une évaluation régulière des tâches et des processus au sein de l'administration renforce l'efficacité et le rendement.	■ Les structures et les processus trop rigides, inadaptés à un contexte en mutation, compliquent l'accomplissement des tâches.

■ domaines sur lesquels le canton peut exercer une influence

FINANCES	
Forces	Faiblesses
Le système de santé ne génère pas uniquement des coûts, mais fait aussi partie intégrante de la chaîne de création de valeur. ■ Son financement est à l'heure actuelle encore assuré. Quatre des six CHR du canton de Berne se situent dans le quartile inférieur de l'analyse comparative des coûts par cas, soit parmi les 25% des hôpitaux les plus économiques de Suisse. ■ En raison de l'augmentation de la demande en prestations de soins, le système de santé joue un rôle économique majeur en tant qu'employeur et acquéreur de biens et de services. ■ Le site médical représente une force motrice pour l'économie du canton de Berne et un facteur d'innovation.	■ Les coûts de la santé augmentent malgré la diminution de certains prix, ce qui induit une charge financière supplémentaire en hausse constante sur les ménages. Seule une partie de cette augmentation résulte de l'évolution démographique⁵⁶. Les traitements ambulatoires et hospitaliers ne sont pas financés de manière uniforme. Les dépenses et les recettes des services ambulatoires en milieu hospitalier ne sont pas équilibrées. La tarification des prestations médicales ambulatoires de base est trop faible par rapport à celle des prestations spécialisées. Le système tarifaire actuel et la diversité des systèmes de financement engendrent des incitations indésirables, un manque d'efficience et des coûts superflus. Le financement actuel du système de santé pousse à accorder la priorité aux soins curatifs. Il n'existe aucune vue d'ensemble (financière) de la chaîne de prise en charge. Par conséquent, les mesures d'optimisation sont uniquement sectorielles.

Opportunités	Menaces
■ Le système de santé doit être considéré comme une source d'opportunités pour l'économie publique et le bien-être de la population. ■ Lors du développement et de la mise en œuvre des régimes de financement, il convient de veiller à ce que les patientes et les patients soient pris en charge par la bonne structure (p. ex. réadaptation précoce, soins aigus et de transition, etc.). Un financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières peut, sous réserve d'aménagements judicieux (intégration du personnel soignant et utilisation d'instruments de pilotage par les cantons), contribuer à réduire le nombre actuel de fausses incitations systémiques et ouvrir la voie à de nouveaux modèles de rémunération et de tarification. ■ Le système de santé bernois suscite l'attrait des investisseurs.	■ Le financement doit rester garanti malgré l'augmentation des coûts. ■ Les modèles de financement alternatifs (p. ex. assurance soins) ne sont pas suffisamment débattus, alors que l'on assiste à un transfert des coûts de l'AOS aux cantons. ■ L'endiguement des coûts est en contradiction avec la promotion du site médical bernois : la priorité est aujourd'hui accordée aux stratégies visant à freiner l'envolée des coûts, alors que le potentiel de croissance du système de santé, qui représente un secteur économique à forte valeur ajoutée, pourrait être mieux exploité. Les soins ambulatoires en milieu hospitalier manquent d'efficience en raison du sous-financement dans ce domaine, qui freine le transfert vers ce secteur. ■ Les investissements accrus des fournisseurs de prestations risquent de créer des surcapacités. La pression économique exercée sur les établissements augmente, ce qui pourrait modifier le paysage hospitalier et remettre en question les soins de proximité par les CHR.

PERSONNEL	
Forces	Faiblesses
■ Le niveau de formation des professionnels de la santé est élevé et garant d'une bonne qualité. ■ La formation est réputée en Suisse et à l'étranger. Les institutions de la santé sont pour la plupart perçues comme des employeurs attrayants.	■ Différents secteurs du système des soins connaissent une pénurie de places de formation et de personnel qualifié. L'affectation du personnel n'est pas toujours adéquate. ■ La hausse de la demande en prestations de traitement, de soins et de prise en charge ne peut pas être satisfaite en raison du manque de personnel. La spécialisation croissante tant lors de la formation que dans l'exercice du métier se traduit par une augmentation des coûts. ■ La durée d'exercice de la profession, parfois très courte, est en baisse, pour des raisons diverses.

Opportunités	Menaces
■ Une redéfinition des rôles associée à l'intégration des nouveaux profils dans la formation peut favoriser une prise en charge compétente des patientes et des patients par la catégorie professionnelle la plus adéquate. La pénurie de personnel qualifié peut être atténuée par un meilleur usage des ressources humaines.	■ La pénurie de personnel qualifié s'accroîtra en l'absence de mesures efficaces, ce qui peut avoir des incidences sur la qualité des prestations, mais aussi sur celle de la formation. Les structures de formation des institutions risquent de disparaître en raison du nombre croissant de places de formation vacantes dans le secteur des soins. Un exode du personnel qualifié vers d'autres cantons ou professions est à craindre en raison des conditions de travail moins attrayantes (en particulier dans les secteurs du sauvetage et des soins). Les fournisseurs de prestations sont aujourd'hui dépendants des possibilités de recrutement de personnel qualifié titulaire d'un diplôme étranger. Les mutations sociétales risquent d'engendrer une diminution du bénévolat (soins aux membres de la famille, etc.), nécessitant ainsi l'engagement de personnel supplémentaire. L'évolution des salaires est insatisfaisante suite à la baisse des tarifs, ce qui nuit à l'attractivité du secteur des soins. Une augmentation supérieure à la moyenne des besoins en personnel est à présager en raison de l'évolution démographique, de l'augmentation des besoins dans le domaine du handicap et du départ à la retraite d'un grand nombre de personnes au cours des dix à quinze prochaines années. ■ La charge de travail des proches aidants est de plus en plus lourde. Des offres supplémentaires d'assistance et d'accueil temporaire doivent leur être proposées à un prix abordable.

⁵⁶ La croissance des coûts de la santé avec l'âge peut être imputée au taux de mortalité et de morbidité, qui ne cesse de croître au fil des ans. Les dépenses sont particulièrement élevées durant la dernière année de vie. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, la mortalité est aujourd'hui repoussée à un âge toujours plus élevé (effet de compression). Parmi les autres facteurs qui influent sur les coûts de la santé figurent des éléments économiques et culturels ainsi que l'offre en soins et les progrès médicaux.

■ domaines sur lesquels le canton peut exercer une influence

6. Vision et mission

6.1 Vision

Le canton de Berne mène son action selon cinq principes fondamentaux :

- orientation sur les personnes,
- compétence et coopération,
- efficacité et efficience,
- autonomie et responsabilité,
- développement et innovation.

Se fondant sur ces principes, il a établi les grandes lignes de sa vision en matière de santé :

VISION
1 Le canton de Berne préserve, favorise et si possible rétablit la santé de sa population tout en veillant à sa qualité de vie. Il adopte pour ce faire une approche globale et non discriminatoire qui garantit la dignité et l’autodétermination des personnes prises en charge.
2 Le canton de Berne dispose d’un système de santé de haute qualité, novateur, accessible à toutes et à tous, coordonné et finançable, qui responsabilise chacun de ses acteurs et connaît un rayonnement national.
3 Les professionnels de la santé exercent leur métier avec compétence et passion, dans un cadre valorisant offrant de bonnes conditions de travail et des perspectives de développement.

Commentaires

1. / Une importance décisive est accordée à l’autodétermination et à la qualité de vie. La prise en charge est non seulement curative, mais aussi préventive, réadaptative et palliative.

2. / Le canton de Berne tient à ce que l’ensemble de sa population ait accès à un réseau de santé performant. Organisé de manière à assurer une bonne coordination des soins et la mise à profit des synergies, celui-ci s’entend comme un élément d’un système global, dont il fait partie intégrante. Les recoupements, notamment avec le domaine social, sont optimisés. Le canton de Berne dispose d’un large éventail de fournisseurs de prestations, parmi lesquels deux hôpitaux universitaires dont la renommée dépasse ses frontières. Les prestations, en particulier celles des établissements hospitaliers, doivent également être ouvertes aux patientes et aux patients d’autres cantons. L’utilisation efficace des ressources doit contribuer à assurer la pérennité du financement de la couverture en soins. Par ailleurs, la patientèle doit être encouragée par le biais de mesures appropriées à développer sa compétence en matière de santé et par là même à se responsabiliser. Enfin, il convient de promouvoir l’innovation.

3. / La compétence passe par une formation initiale, postgrade et continue répondant aux exigences de l’activité, tandis que la passion naît de tâches ayant du sens, de bonnes conditions de travail et d’un métier ouvrant des perspectives professionnelles – autant de paramètres auxquels le canton de Berne est attentif.

6.2 Mission

De la vision exposée ci-contre découle la mission suivante :

MISSION
Responsabilité Les autorités sanitaires du canton de Berne
Action Nous assurons la couverture en soins sur notre territoire. Pour ce faire, nous appliquons les bases juridiques tant fédérales que cantonales, créons les conditions nécessaires à la fourniture de prestations répondant de manière ciblée aux besoins de la population et, dans un esprit de responsabilisation de chacun, promouvons et préservons la santé, le bien-être et la qualité de vie. Ouverts à l’innovation, nous sommes au fait des progrès scientifiques et veillons à l’efficacité et à la durabilité des moyens mis en œuvre.

Commentaires

Responsabilité | Dans la mesure où il s’agit de la stratégie de la santé du canton de Berne, celle-ci est formulée du point de vue des autorités compétentes de l’administration cantonale.

Action | La mission centrale consiste à assurer la sécurité des soins. Diverses bases juridiques sous-tendent le domaine de la santé : les dispositions fédérales confèrent au canton la responsabilité de la planification, du pilotage et du financement, tandis que les prescriptions cantonales fixent les modalités de la surveillance et de la formation. Mettant à l’honneur la recherche, l’expertise et l’expérience, le canton de Berne mise sur les avancées techniques et méthodologiques. Les solutions novatrices font l’objet d’une évaluation et sont adoptées si leurs effets à moyen et à long terme s’avèrent prometteurs.

La mission se traduit par des axes stratégiques et des objectifs.



7. Axes stratégiques, objectifs et mesures

7.1 Axes stratégiques

Sur la base de la vision qu’il a définie, de la mission qu’il s’est fixée et de l’analyse SWOT à laquelle il a procédé, le canton de Berne a identifié les cinq axes stratégiques suivants :

Axes stratégiques	
I	Compétence de la population en matière de santé
II	Soins intégrés, notamment en ce qui concerne les maladies chroniques et les pathologies nécessitant une prise en charge lourde
III	Collaboration interprofessionnelle et action systématique contre la pénurie de personnel qualifié
IV	Recherche, développement et innovation
V	Transition numérique

De ces axes stratégiques découlent une série d’objectifs qui, pour pouvoir être atteints, se déclinent eux-mêmes en mesures concrètes. Etant donné que la réalisation des objectifs dépend souvent des moyens à disposition, les mesures définies ne seront mises en œuvre qu’une fois les ressources nécessaires autorisées par l’organe compétent.

7.2 Objectifs et mesures

PILOTAGE DU SYSTÈME DE SANTÉ

A | La population du canton de Berne dispose d'un système de santé répondant à ses besoins.
Fondé sur les besoins effectifs, celui-ci favorise et préserve la qualité de vie. Il tient compte des spécificités topographiques et démographiques bernoises ainsi que des interactions avec d'autres cantons. Les différents fournisseurs de prestations et groupes professionnels travaillent en étroite collaboration les uns avec les autres. La population est informée des prestations à sa disposition et les utilise au mieux. Le canton pilote le système de santé en veillant à son adéquation et à sa finançabilité.

Mesures		
A1 Analyse et gestion du paysage sanitaire		
1. Etude des répercussions de l'évolution démographique sur le système de santé en vue de déterminer les besoins de la population et de favoriser la mise en place de nouvelles prestations susceptibles d'y répondre.	●●●	
2. Relevé et monitoring des données relatives au paysage sanitaire ainsi qu'à la qualité et au maillage des soins, tout particulièrement sous l'angle de leur accessibilité, en vue d'identifier les lacunes à combler.	○●●	
3. Examen régulier et, si nécessaire, adaptation des outils de pilotage de manière à mettre en place un système de santé conforme aux besoins.	○●●	
A2 Encouragement des soins intégrés		
Les soins doivent être intégrés à tous les niveaux.		
1. Renforcement de la collaboration entre tous les acteurs de la chaîne de prise en charge, l'accent étant mis sur le rapprochement entre les soins aigus somatiques et la psychiatrie ainsi qu'entre le secteur médical et le secteur (psycho) social, en particulier dans le contexte de l'aide en cas d'addiction.	●●●	
2. Soutien des offres à bas seuil, en particulier psychosociales, afin de permettre en particulier l'accès rapide aux prestations et à la couverture en soins des groupes vulnérables.	○●●	
3. Amélioration de la prise en charge en fin de vie, entre autres par un élargissement de l'éventail des soins palliatifs spécialisés, l'objectif étant d'assurer un mieux-être des personnes concernées.	●●●	
A3 Elaboration d'un modèle de soins intégrés interétablissements		
1. Vérification, adaptation et actualisation à intervalles réguliers de la planification des soins hospitaliers de manière à tenir compte de toute la chaîne de prise en charge ; une telle démarche implique par exemple de passer en revue l'affectation des prestations aux différents niveaux – régional, suprarégional et cantonal – et de contrôler les paramètres appliqués dans la planification des EMS.	●●●	
2. Examen et, le cas échéant, adaptation de l'obligation de prise en charge ainsi que du financement résiduel et complémentaire (hôpitaux, services d'aide et de soins à domicile, EMS).	○●●	
A4 Développement de la promotion de la santé et de la prévention		
1. Renforcement des activités dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention, en particulier en milieu scolaire, de manière à augmenter la compétence de la population en matière de santé et de maintenir les coûts à un niveau aussi bas que possible.	●●●	
2. Identification des thèmes de santé pertinents pour le canton et, sur cette base, définition d'un train de mesures orienté résultats, les actions menées jusqu'à présent étant examinées et, selon leur efficacité, développées.	●●●	
A5 Développement des soins et de l'assistance prodigués dans les structures intermédiaires (à mi-chemin entre hospitalier et ambulatoire, p.ex. structures de jour ou de nuit et logements protégés) et des prestations psychosociales (destinées en particulier aux personnes dépendantes), mise en œuvre du projet <i>Suivi post-hospitalier</i> et de l'essai pilote <i>Equipes mobiles en soins palliatifs (EMSP)</i>, meilleure définition des prestations de réadaptation gériatrique et de leur rémunération dans le cadre du projet de financement des soins résidentiels.		
4. Développement des soins et de l'assistance prodigués dans les structures intermédiaires (à mi-chemin entre hospitalier et ambulatoire, p.ex. structures de jour ou de nuit et logements protégés) et des prestations psychosociales (destinées en particulier aux personnes dépendantes), mise en œuvre du projet <i>Suivi post-hospitalier</i> et de l'essai pilote <i>Equipes mobiles en soins palliatifs (EMSP)</i> , meilleure définition des prestations de réadaptation gériatrique et de leur rémunération dans le cadre du projet de financement des soins résidentiels.	○●●	
5. Simplification des processus et du parcours de la patientèle dans l'intérêt de cette dernière.	○●●	

B | Le canton de Berne met rapidement en œuvre les solutions novatrices tant efficaces que durables. Qu'elles soient d'ordre médical, technique ou méthodologique, les innovations qui s'avèrent probantes à l'issue de leur examen sont introduites sans tarder. Les synergies entre le site médical bernois et les autres acteurs du système de santé sont par ailleurs encouragées et mises à profit.

Mesures		
B1 Encouragement de l'innovation		
1. Encouragement ciblé de la collaboration et des échanges entre les différents acteurs, à savoir entre les fournisseurs de prestations, mais aussi entre ceux-ci et l'enseignement supérieur (hôpitaux universitaires inclus) ainsi que l'économie, de façon à promouvoir l'innovation et à la mettre en pratique.	●●●	
2. Intensification des échanges entre les bénéficiaires et les fournisseurs de prestations.	○●●	
3. Développement des synergies avec le programme <i>Promotion des start-up du canton de Berne</i> .	○●●	
B2 Promotion de la santé numérique		
1. Mise en œuvre de projets destinés à généraliser la numérisation, la cybersanté et tout particulièrement le dossier électronique du patient dans le respect des règles en matière de protection des données.	●●●	
2. Examen de l'utilité éventuelle de services de conseil pour la population.	○●●	
3. Bilan des premières expériences en matière d'intelligence artificielle et de télémédecine.	●●●	
B3 Examen, consolidation et introduction de modèles de soins d'avenir		
1. Lancement, sur la base du nouvel article de loi y relatif, de projets pilotes destinés à promouvoir par exemple les soins intégrés, de nouvelles formes de collaboration ou de nouvelles modalités de financement, et analyse des enseignements tirés en vue de développer le système de santé.	○●●	
2. Intégration dans les structures ordinaires des projets ayant fait leurs preuves.	○●●	

Niveau de priorité

● élevé

●

○

● moyen

●

○

○

● faible

AUTORITÉS

C | Les autorités du canton de Berne font rimer efficience et transparence. Elles adaptent leur organisation et leurs processus à leur mandat et attribuent tâches, responsabilités et compétences de manière pertinente en veillant à la cohérence organisationnelle de chaque secteur d’activité. Elles apportent un soutien efficace et approprié au système de santé tout en assurant la transparence requise. Les données encore lacunaires, en particulier dans le secteur ambulatoire, sont complétées de sorte que les décisions puissent être prises en toute connaissance de cause.

Mesures	
C1 Examen régulier des tâches des autorités	
1. Analyse périodique des activités des autorités, et en particulier de leur capacité à répondre à l'évolution de la situation et aux nouveaux défis.	
C2 Organisation efficace du domaine de compétences des autorités	
1. Analyse périodique des ressources, des processus et des structures des autorités, de leurs recoupements, des exigences auxquelles elles doivent satisfaire ainsi que de leurs modalités de collaboration, entre elles et avec les fournisseurs de prestations, de manière à simplifier et à alléger les processus, à créer des effets de synergie, à éviter les redondances et, partant, à assurer aux fournisseurs un cadre administratif soutenant, collaborant et en constante amélioration.	
C3 Optimisation des données	
1. Identification des bases décisionnelles lacunaires d’ordre financier, statistique ou qualitatif.	
2. Amélioration des bases décisionnelles, l'accent étant mis avant tout sur l'accessibilité des données existantes et sur l'échange entre autorités. Si opportun et nécessaire, relevé de données supplémentaires dans des proportions appropriées, notamment dans les services ambulatoires en milieu hospitalier, les cabinets médicaux privés et les services de sauvetage.	
C4 Garantie de la transparence	
1. Analyse comparative des fournisseurs de prestations et surveillance sur la base de lignes directrices reconnues.	
2. Publication des résultats de la surveillance, indicateurs qualité à l'appui, pour assurer la transparence et promouvoir l'émulation entre fournisseurs de prestations.	

FINANCES

D | Le canton de Berne affecte les ressources disponibles pour le système de santé aussi judicieusement que possible en s’efforçant de modérer la croissance des coûts. Il utilise au mieux les moyens limités dont il dispose pour assurer la couverture en soins de la population, associant prestations efficaces et mesures incitatives judicieuses de manière à freiner la spirale des coûts. Il définit par ailleurs les conditions générales permettant d’allouer les ressources de manière efficace.

Mesures	
D1 Contrôle des systèmes de rémunération et des incidences financières	
1. Etude de l'efficience des systèmes de rémunération, une importance particulière étant accordée à leurs effets incitatifs (ajustement du volume des prestations, recours aux soins intégrés, etc.).	
2. Vérification, dans le cadre de projets spécifiques, de la pertinence de nouveaux systèmes de rémunération – rétribution forfaitaire des traitements ambulatoires ou financement par tête par exemple –, et le cas échéant encouragement de ceux-ci.	
3. Examen des répercussions de tous les projets législatifs et des nouveaux instruments de surveillance sur les fournisseurs de prestations (coûts, dépenses, effets).	
D2 Mise au point d'indicateurs	
1. Elaboration, à partir de sources fiables et si possible existantes, des données de référence faisant défaut, pour le financement des soins par exemple, de manière à assurer un pilotage fondé sur des indicateurs solides.	
D3 Surveillance des fournisseurs de prestations et contrôle de leur performance	
1. Vérification de la conformité de l'ensemble des fournisseurs de prestations avec les exigences sanitaires, examen critique périodique de ces exigences et le cas échéant ajustement de celles-ci.	
2. Contrôle de l'ensemble des fournisseurs sous contrat de prestations, l'examen portant sur le respect des exigences, l'offre à assurer et la qualité requise, mais aussi sur le volet financier; définition et actualisation des obligations à remplir en termes de gestion.	
D4 Rayonnement hors des frontières du canton	
1. Renforcement du rayonnement national et international des hôpitaux universitaires, et par là même de leur positionnement dans la médecine hautement spécialisée ⁵⁷ ; augmentation du nombre de patientes et de patients non domiciliés dans le canton.	
D5 Frein à la spirale des coûts	
1. Examen des moyens permettant de ralentir la hausse des coûts et, sur cette base, mise en œuvre de mesures destinées notamment à intensifier le suivi post-hospitalier, à éviter les traitements inutiles, à limiter l'augmentation du volume des prestations et à renforcer la compétence de la population en matière de santé.	
2. Enraiment des augmentations non justifiées des coûts lors de l'approbation des tarifs ⁵⁸ .	

⁵⁷ Destinée à assurer la coordination de la concentration de la médecine hautement spécialisée dans l'intérêt d'une prise en charge médicale adaptée aux besoins, de haute qualité et économique, la Convention intercantonale du 14 mars 2008 relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) a donné lieu à la création d'un organe de décision chargé de la planification de la médecine hautement spécialisée (organe de décision MHS). Celui-ci est nommé par les membres de la CDS et conseillé par un organe scientifique. Il détermine les domaines de la médecine hautement spécialisée qui nécessitent une concentration au niveau suisse et prend les décisions de planification et d'attribution. Les décisions d'attribution ont un caractère juridiquement contraignant à l'échelle fédérale.

⁵⁸ Le canton de Berne est investi de nombreuses tâches dans le secteur hospitalier: élaboration de la planification des soins, édicition de la liste des hôpitaux, exercice de la surveillance, approbation des conventions tarifaires ou fixation des barèmes lorsque les partenaires tarifaires ne parviennent pas à se mettre d'accord, cofinancement des prestations hospitalières et acquisition de prestations additionnelles. Il est par ailleurs actionnaire majoritaire des CHR et des SPR ainsi qu'actionnaire minoritaire du groupe de l'Ile. Lui incombe également le versement de subsides dans le cadre de la réduction individuelle des primes de l'assurance obligatoire des soins. Si les tarifs hospitaliers sont bas, il voit sa charge financière diminuer, mais s'ils le sont trop, ses investissements risquent de perdre de leur valeur et, dans le pire des cas, la couverture en soins peut être mise en péril.

PERSONNEL

E | Les établissements de santé disposent d'effectifs suffisants et qualifiés auxquels ils proposent de bonnes conditions de travail. Une couverture en soins appropriée requiert un personnel en suffisance, bien formé et affecté à bon escient. Des conditions de travail attrayantes sont indispensables pour le recruter, le motiver et le fidéliser.

Mesures	
E1 Couverture des besoins futurs en personnel	E2 Encouragement du personnel de santé à développer ses compétences
1. Détermination des besoins futurs en personnel de santé, par région et domaine d'activité.	1. Développement professionnel du personnel, l'accent étant mis tant sur les aptitudes techniques que sur d'autres savoirs, comme la promotion de la compétence en matière de santé.
2. Mise au point d'instruments de pilotage favorisant une couverture équilibrée de ces besoins et permettant de déterminer s'il convient d'agir en priorité dans les domaines de la formation, du perfectionnement, de la fidélisation ou du retour à la pratique du métier, ou bien dans tous simultanément.	2. Valorisation sur toute la chaîne de prise en charge des nouveaux métiers et des nouveaux rôles professionnels en favorisant notamment la délégation à du personnel qualifié non médical d'un certain nombre de tâches soumises à autorisation.
3. Encouragement de bonnes conditions de travail permettant de concilier vie professionnelle et vie privée.	3. Encouragement de la collaboration au sein du personnel de santé, mais aussi entre celui-ci et le personnel d'autres domaines (travail social p.ex.), de manière à promouvoir l'interdisciplinarité.
4. Assurance de la relève par une obligation de formation et de perfectionnement tenant notamment compte des mesures incitatives et du potentiel du marché.	
5. Encouragement et valorisation du bénévolat.	
6. Mise en œuvre de technologies modernes allégeant la charge de travail du personnel.	

7.3 Faiblesses et menaces hors du champ d'influence direct du canton de Berne

Certains des risques évoqués dans l'analyse SWOT n'entrent pas dans le champ d'influence direct du canton de Berne. Dans les domaines relevant de la Confédération, celui-ci peut défendre ses intérêts par exemple en participant aux procédures de consultation et en collaborant activement au sein des conférences intercantoniales sectorielles ainsi que de la Conférence des gouvernements cantonaux. Il lui est également possible de fournir des informations aux parlementaires fédéraux en prévision des séances de commission et des sessions ainsi que d'organiser régulièrement des réunions entre le Conseil-exécutif et les députés bernois au Conseil des Etats.

Lorsque les faiblesses et les menaces sont du ressort des fournisseurs de prestations et d'autres partenaires du système de santé, le canton peut les sensibiliser aux risques en question dans le cadre de rencontres.



8. Stratégies partielles

Les axes, objectifs et mesures définis dans le présent document produisent des effets variant selon le champ considéré. Leur mise en œuvre ne peut par conséquent pas être directement suivie d'effet et nécessite, une fois la stratégie globale approuvée par le Conseil-exécutif, l'élaboration de stratégies partielles pour chacun des domaines suivants :

- soins somatiques et psychiatriques (ambulatoires et hospitaliers),
- réadaptation (ambulatoire et hospitalière),
- soins de longue durée (ambulatoires et résidentiels),
- promotion de la santé et prévention,
- sauvetage,
- gestion intégrée des soins.

Les stratégies partielles viseront à spécifier, avec différents degrés de précision, les actions à entreprendre dans chacun de ces domaines.

9. Annexe 1 | Abréviations

AA	Assurance-accidents
AI	Assurance-invalidité
AM	Assurance militaire
AOS	Assurance obligatoire des soins
ASI	Association suisse des infirmières et infirmiers
ASMAC	Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique
ASSM	Académie suisse des sciences médicales
AVS	Assurance vieillesse et survivants
B2B	Business-to-Business, applications interentreprises
B2C	Business-to-Customer, applications entreprises-patients/usagers
BEVNAT	Statistique du mouvement naturel de la population
BIHAM	Institut universitaire de médecine générale de Berne
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CFFP	Convention du 20 novembre 2014 sur les contributions des cantons aux hôpitaux relative au financement de la formation médicale postgrade et sur la compensation intercantonale des charges (convention sur le financement de la formation postgrade)
CHR	Centre hospitalier régional
CIMHS	Convention intercantonale du 14 mars 2008 relative à la médecine hautement spécialisée
Curaviva Berne	Section bernoise de l'association faîtière des homes et des institutions sociales

DEP	Dossier électronique du patient
DRG	<i>Diagnostic Related Groups</i> , groupes de cas liés au diagnostic (rémunération des prestations au moyen de forfaits par cas)
ECO	Direction de l'économie publique du canton de Berne
EMS	Etablissement médico-social
EMSP	Equipes mobiles en soins palliatifs
EPT	Equivalent plein temps
ES	Ecole supérieure
FSA	Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie
HES	Haute école spécialisée
ISPM	Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne
LAA	Loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (RS 832.20)
LAI	Loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (RS 831.20)
LAMal	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (RS 832.10)
LASoc	Loi du 11 juin 2011 sur l'aide sociale (RSB 860.1)
LPASoc	Loi sur les programmes d'action sociale
LSH	Loi du 13 juin 2013 sur les soins hospitaliers (RSB 812.11)
LSP	Loi du 2 décembre 1984 sur la santé publique (RSB 811.01)
MHS	Médecine hautement spécialisée
MNT	Maladies non transmissibles
Obsan	Observatoire suisse de la santé

OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OCP	Ordonnance fédérale du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (RS 832.104)
ODH	Office des hôpitaux du canton de Berne
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OLAF	Ordonnance du 3 juillet 2013 sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (RS 832.103)
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPAH	Office des personnes âgées et handicapées du canton de Berne
OrTra	Organisations du monde du travail
PC	Prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité
PIB	Produit intérieur brut
SA	Société anonyme
SAP	Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne
SAT	Soins aigus et de transition
SMCB	Société des médecins du canton de Berne

SPR	Service psychiatrique régional
SPU	Services psychiatriques universitaires de Berne
SSO	Société suisse des médecins-dentistes
STATPOP	Statistique de la population et des ménages
SWOT	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats</i> (analyse des forces, des faiblesses, des opportunités et des menaces)
TARMED	Structure tarifaire à la prestation
VPSB	Association des cliniques privées du canton de Berne

10. Annexe 2 | Glossaire

Aigu	Qui survient soudainement et/ou évolue rapidement et violemment. A la différence des maladies chroniques, les maladies aiguës se caractérisent par un début plus ou moins clairement identifiable, une survenance et une évolution brusques ainsi que, dans la majeure partie des cas, une durée limitée (3 à 14 jours en règle générale). Souvent qualifiées de suraiguës en présence de manifestations particulièrement soudaines et brutales, elles sont considérées comme subaiguës si les symptômes sont de moindre intensité et se prolongent dans le temps. La notion d’aigu s’applique aussi bien à la maladie qu’aux mesures prises pour y remédier, d’où les termes de traitement aigu, soins aigus, etc.
Ambulatoire	En vertu de l'article 5 de l'ordonnance fédérale du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP)⁵⁹, sont réputés traitements ambulatoires au sens de l'article 49, alinéa 6 LAMal les traitements qui ne sont pas hospitaliers. Les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit sont également considérés comme des traitements ambulatoires. Il en va par exemple de même pour les visites chez les médecins et thérapeutes en cabinet ainsi que les consultations dans les services ambulatoires des hôpitaux.
Autofinancement	Voir <i>Out of pocket</i>.
Axes stratégiques (objectifs, mesures)	Grandes orientations concrétisant la vision et la mission en matière de santé et dont découlent des objectifs et des mesures tant quantitatifs que qualitatifs. Sont ainsi définis, pour chacun des domaines considérés, le cadre des actions à entreprendre ainsi que les perspectives de développement (selon la démographie, les résultats de la recherche, etc.).
BEJUNE	Abréviation signifiant Berne, Jura et Neuchâtel utilisée pour désigner la collaboration entre ces trois cantons et toujours placée après le nom de l'organisme concerné, par exemple Association pour le développement des soins palliatifs BEJUNE.
Chronique	Qui persiste dans le temps. Sont considérées chroniques les maladies se prolongeant en général au-delà de quatre semaines et se caractérisant souvent par une évolution lente. Il s’agit par exemple des maladies cardiovasculaires, des affections respiratoires, du cancer et du diabète. Au niveau mondial, elles constituent l’une des principales causes de décès.

Compétence en matière de santé	Faculté de l’individu de prendre au quotidien les décisions ayant une influence positive sur sa santé, que ce soit à la maison, en société, au travail, dans le cadre du système de santé ou encore au niveau politique⁶⁰. Sont ainsi favorisées l’autodétermination et la liberté de choix dans ce domaine, l’aptitude à se procurer et à comprendre des informations d’ordre sanitaire ainsi que la responsabilisation face à sa propre santé.
Curatif	Propre à la guérison ou au traitement d’une maladie. A la différence de la médecine réadaptative ou préventive, la médecine curative a pour objet la guérison.
Cybersanté	Utilisation des technologies de l’information et de la communication à des fins d’organisation, de soutien et de mise en réseau de tous les processus et acteurs du système de santé (spécialistes, institutions et patientèle).
DRG	Groupes de cas liés au diagnostic (<i>Diagnostic Related Groups</i>). Dans le domaine des soins aigus somatiques et de la psychiatrie, le système de classification des prestations hospitalières DRG permet une indemnisation par forfait, sur la base des caractéristiques cliniques et démographiques, des diagnostics principaux et secondaires et des procédures opératoires.
Financement dual-fixe	Système de cofinancement, entre cantons et assureurs, des prestations hospitalières selon une clé de répartition fixe, la participation cantonale atteignant au moins 55 pour cent.
Hospitalier	En vertu de l'article 3 OCP, sont réputés traitements hospitaliers pour des examens, des traitements et des soins à l'hôpital ou dans une maison de naissance au sens de l'article 49, alinéa 1 LAMal, les séjours : a. d’au moins 24 heures ; b. de moins de 24 heures au cours desquels un lit est occupé durant une nuit ; c. à l'hôpital, en cas de transfert dans un autre hôpital ; d. dans une maison de naissance en cas de transfert dans un hôpital ; e. en cas de décès.
Maladies non transmissibles (MNT)	Affections non contagieuses – dont une bonne part est par là même susceptible d’être évitée ou retardée – se caractérisant par des facteurs de risque et des déterminants communs et pouvant faire l’objet de mesures de prévention similaires. Parmi celles-ci figurent le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer, les affections chroniques des voies respiratoires, les addictions et les troubles psychiques.

⁵⁹ RS 832.104

⁶⁰ Kickbusch et al., *Navigating Health. The Role of Health Literacy*, 2005, p. 8

Mission	Charge ou mandat dont une institution et ses différentes composantes sont investies en vue de remplir une fonction donnée et, par extension, raison d’être de cette institution vis-à-vis de ses parties prenantes internes et externes (clientèle, personnel, partenaires, etc.).
Out of pocket	Prise en charge financière totale ou partielle des prestations de santé par la patientèle elle-même (autofinancement).
Palliatif	Qui atténue les symptômes d’une maladie sans pour autant agir sur sa cause. Désignant la prise en charge globale des personnes souffrant de maladies incurables, potentiellement mortelles ou chroniques évolutives pour lesquelles la guérison ne constitue plus un objectif primaire, les soins palliatifs visent à améliorer autant que possible la qualité de vie de la patiente ou du patient. Axés sur le soulagement de la douleur physique, mais aussi de la souffrance morale, ils revêtent selon le cas une dimension psychosociale, spirituelle et religieuse et englobent également l’accompagnement des proches.
Planification des soins pour le long séjour (planification des EMS)	Planification des besoins établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins dans le domaine du long séjour. Dans le secteur résidentiel, elle se traduit par la liste des EMS du canton de Berne arrêtée par le Conseil-exécutif. L’objectif poursuivi est que la répartition des places sur le territoire du canton corresponde à celle des personnes âgées de plus de 80 ans. Dans le secteur ambulatoire (aide et soins à domicile), la planification intervient au moyen de contrats de prestations.
Planification des soins selon la loi sur les soins hospitaliers (planification hospitalière)	Rapport servant d’instrument central de planification des soins dans le canton de Berne. Prévue par la LSH, la planification des soins détermine les besoins de la population au cours des années à venir dans les domaines suivants : soins aigus somatiques, réadaptation, psychiatrie (cliniques de jour et services ambulatoires inclus), sauvetage et professions de la santé non universitaires. La révision de la LAMal ayant induit en 2012 une nouvelle réglementation nettement plus restrictive, la version 2016 en vigueur porte en priorité sur la planification hospitalière, qui y est davantage développée, données détaillées à l’appui. Les multiples analyses et projections contenues dans la planification des soins servent de base aux listes des hôpitaux du canton.

Prestations complémentaires (PC) à l’assurance-vieillesse et survivants (AVS) et à l’assurance-invalidité (AI)	Aide accordée aux bénéficiaires de l’AI ou de l’AVS lorsque les rentes et le revenu ne couvrent pas les besoins vitaux. Les PC constituent un droit garanti par la loi ; elles ne font pas partie des prestations d’aide sociale. Les prestations complémentaires sont octroyées par les cantons. Elles relèvent de deux catégories : – prestation complémentaire annuelle, versée mensuellement, financée à 5/8^e par la Confédération et à 3/8^e par les cantons et dont le barème est différent selon que les personnes vivent à domicile ou en institution ; – remboursement des frais de maladie et d’invalidité (cofinancement des coûts imputables aux moyens auxiliaires et aux frais d’aide, de soins et d’assistance), à la charge des cantons.
Prestations d’intérêt général	Prestations fournies par les hôpitaux dont le financement n’est pas couvert par les tarifs forfaitaires convenus pour rémunérer les traitements hospitaliers. L’article 49, alinéa 3 LAMal n’en donne pas la liste exhaustive, mais évoque les deux exemples suivants : maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ainsi que recherche et formation universitaire. La contribution aux coûts diffère d’un canton à l’autre et la transparence en la matière est aujourd’hui insatisfaisante.
Prévention	Ensemble des actes destinés à empêcher la survenance d’une maladie (prévention primaire), à stopper ou à retarder son évolution (prévention secondaire) et à réduire les risques de rechute et de chronicité (prévention tertiaire).
Promotion de la santé	Ensemble des moyens destinés à permettre aux individus de mieux maîtriser leur santé et à leur fournir davantage de moyens pour l’améliorer⁶¹. Axée sur le renforcement des ressources et du potentiel de santé de l’individu, la promotion de la santé revêt de multiples facettes et se traduit par exemple par des mesures visant à adopter un mode de vie plus sain.
Psychiatrique	Qui se rapporte aux troubles psychiques.
Psychique	Qui se rapporte à la vie mentale, en d’autres termes à l’ensemble des phénomènes relevant de l’esprit.

⁶¹ Bureau régional de l’Organisation mondiale de la santé (OMS) pour l’Europe, Charte d’Ottawa pour la promotion de la santé, 1986, voir www.euro.who.int > Publications > Documents politiques > Charte d’Ottawa pour la promotion de la santé, 1986

Psychosocial	Qui se rapporte à la vie mentale de l'individu en corrélation avec la collectivité. Parallèlement aux différents facteurs de risque classiques que sont le tabagisme, le manque d'exercice physique, l'hypertension, la surcharge pondérale et les déséquilibres alimentaires, les problèmes d'ordre psychosocial sont de plus en plus source de maladies chroniques, d'où l'importance croissante de la promotion de la santé, notamment en entreprise. Assurée en règle générale par du personnel non médical, l'assistance psychosociale consiste en des prestations professionnelles de consultation axées sur l'accompagnement de la personne, l'accent étant mis sur la mobilisation des ressources personnelles, la prévention et l'évolution favorable du parcours de vie.
Qualité	Ensemble des caractères et des propriétés du système de santé au regard de ce qui en est attendu. Difficilement mesurable de manière globale, la qualité est ici considérée du point de vue des structures, des processus, des résultats et de l'indication. La qualité des structures se réfère par exemple aux locaux, aux équipements et aux ressources en personnel. Celle relative aux processus concerne entre autres la manière dont s'organisent les traitements et les soins ou encore le respect de directives médicales, de critères professionnels, de normes, etc. Celle portant sur les résultats a trait à l'évolution de l'état de santé suite à un traitement, aux effets de ce dernier et aux éventuelles complications survenues, mais aussi à la satisfaction de la patientèle. Quant à la qualité de l'indication, elle permet de déterminer au cas par cas l'adéquation entre un protocole de traitement et un tableau clinique ou d'évaluer le rapport risque-bénéfice d'une thérapie.
Rôle	Fonction ou attribution assignée à un membre du personnel. Les professions du secteur sanitaire sont en pleine mutation, d'où une redéfinition des rôles. Est avant tout concerné le personnel soignant, qui se voit confier au quotidien de nouvelles tâches. Certaines d'entre elles, de nature clairement médicale, sont par exemple déléguées à des soignantes et soignants hautement qualifiés, permettant ainsi de pallier en partie la pénurie de médecins. Le rôle des uns et des autres s'en trouve redéfini. Il est question dans ce contexte de nouveaux rôles professionnels.

Soins intégrés	Approche axée sur l'interconnexion et la mise en réseau, par-delà les secteurs de soins, des différents fournisseurs de prestations, de manière à assurer une prise en charge globale de la patientèle.
Somatique	Qui se rapporte au corps, est purement organique. S'oppose à psychiatrique.
TARMED	Structure tarifaire à la prestation servant au décompte des prestations médicales ambulatoires dans les cabinets médicaux et les hôpitaux.
Télémédecine	Forme de pratique médicale à distance ou différée utilisant les technologies de l'information pour fournir des prestations diagnostiques et thérapeutiques.
Vision	Conception globale d'une situation future à un horizon donné. La vision s'envisage sur le long terme (huit ans environ) et guide la gestion du changement souhaité en assurant la fiabilité, la continuité et la stabilité des actions entreprises.

11. Annexe 3 | Mode de financement et système de rémunération

Fournisseur de prestations	Mode de financement	Source de financement	Part du canton de Berne (2016)	Part du canton de Berne (2017)	Système de rémunération
Addiction : centre de substitution	Primes d'assurances privées, autofinancement	AOS, patiente ou patient			Tarifs forfaitaires (selon les conventions spécifiques conclues avec les assureurs-maladie) et TARMED
Addiction : centre de traitement	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, part cantonale	AOS, assureur privé, patiente ou patient, canton	55% des coûts (inclus dans le total indiqué pour les cliniques psychiatriques)	55% des coûts (inclus dans le total indiqué pour les cliniques psychiatriques)	Forfaits journaliers
Addiction : structure d'aide ambulatoire	Subventions (à titre subsidiaire, selon la LASoc)	Canton, tiers, institution (recettes, dons)	CHF 7 mio (après compensation des charges) ; contributions du Fonds de lutte contre la toxicomanie incluses	CHF 7 mio (après compensation des charges) ; contributions du Fonds de lutte contre la toxicomanie incluses	Contrats de prestations avec enveloppe budgétaire (par produit)
Addiction : structure d'aide résidentielle	Subventions cantonales et contributions par sujet (frais de pension) via l'aide sociale individuelle, l'AI ou les PC, primes d'assurances sociales	Canton, communes, PC AVS / AI, institution (recettes, dons)	CHF 8 mio (après compensation des charges)	CHF 8 mio (après compensation des charges)	Contrats de prestations couvrant les coûts complets par journée de traitement : financement direct sur la base de tarifs et de contingents ; financement indirect pour l'hébergement des sans-abri (coûts admis à la compensation des charges)
Dentiste	En règle générale : autofinancement ou primes d'assurances privées. Exceptionnellement : primes d'assurances sociales	En règle générale : patiente ou patient et assureur privé. Exceptionnellement : AOS, AA, AI, AM	–	–	Tarif à la prestation (tarif dentaire de la SSO)
Dialyse : centre ambulatoire	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient	–	–	Tarif spécifique convenu avec la FSA (forfaits)
Handicap : foyer d'hébergement	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, part cantonale	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, pensionnaire, canton	CHF 19,3 mio (uniquement pour les foyers figurant sur la liste des EMS / hors financement des soins)	CHF 18,2 mio (uniquement pour les foyers figurant sur la liste des EMS / hors financement des soins)	Couverture des coûts résiduels dus au handicap
Hôpital : établissement de soins aigus somatiques	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, part cantonale	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient, canton	55% des coûts : CHF 908 mio	55% des coûts : CHF 870 mio	Système DRG
Hôpital : service ambulatoire	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient			Tarif à la prestation selon TARMED, liste des spécialités et liste des moyens et appareils
Logement protégé			Financement résiduel : CHF 4,9 mio PC non incluses Autofinancement : pas de données disponibles	Financement résiduel : CHF 5,5 mio PC non incluses Autofinancement : pas de données disponibles	Coûts normatifs fixés par le canton
Maison de convalescence	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, part cantonale	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient, canton	55% des coûts (inclus dans le total indiqué pour les EMS) SAT : CHF 0,2 mio pour 2051 journées de soins	55% des coûts (inclus dans le total indiqué pour les EMS) SAT : CHF 0,1 mio	Coûts normatifs fixés par le canton (selon le degré de soins)
Maison de naissance	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, part cantonale	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient, canton	55% des coûts : CHF 0,5 mio (uniquement pour la maison de naissance Luna)	55% des coûts : CHF 0,9 mio (depuis 2017 pour la maison de naissance Luna et la Maternité Alpine)	Système DRG
Médecin en cabinet privé	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient	–	–	Tarif à la prestation selon TARMED, liste des spécialités et liste des moyens et appareils
Pharmacie	Primes d'assurances privées, primes d'assurances sociales, autofinancement	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient	–	–	Tarif à la prestation (plafond selon liste des spécialités et liste des moyens et appareils)

Fournisseur de prestations	Mode de financement	Source de financement	Part du canton de Berne (2016)	Part du canton de Berne (2017)	Système de rémunération
Promotion de la santé : service de promotion de la santé et de prévention	Subventions (à titre subsidiaire, selon la LASoc), primes d'assurances privées, fonds de tiers, autofinancement	Canton, AOS (supplément de prime), assureur privé, tiers (Promotion Santé Suisse), institution (recettes), donateurs, clientèle	CHF 3 mio (après compensation des charges) ; contributions du Fonds de lutte contre la toxicomanie incluses	CHF 3 mio (après compensation des charges) ; contributions du Fonds de lutte contre la toxicomanie incluses	Contrats de prestations avec enveloppe budgétaire (par produit), subventions d'exploitation
Psychiatrie : clinique	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, part cantonale	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient, canton	55% des coûts : CHF 111 mio	55% des coûts : CHF 121 mio	TARPSY (depuis 2018)
Psychiatrie : clinique de jour	Part cantonale, primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement	Canton, AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient	CHF 20 mio	CHF 19 mio	Forfaits journaliers, modèle des coûts normatifs du canton (depuis 2017)
Psychiatrie : service ambulatoire	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, part cantonale	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient, canton	CHF 25 mio	CHF 14,4 mio	Tarif à la prestation selon TARMED et la liste des spécialités, modèle des coûts normatifs du canton
Psychothérapeute	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient	–	–	Tarif à la prestation selon TARMED
Réadaptation : clinique	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, part cantonale	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient, canton	55% des coûts : CHF 63 mio	55% des coûts : CHF 67 mio	Forfaits journaliers
Réadaptation : service ambulatoire	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient	–	–	Tarif à la prestation (structure tarifaire pour les prestations de physiothérapie et d'ergothérapie)
Sage-femme et homme sage-femme	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement	AOS, assureur privé, patiente ou patient	–	–	Tarif spécifique
Sauvetage : centrale d'appels sanitaires urgents		Canton	CHF 7 mio	CHF 7 mio	Contrat de prestations
Sauvetage : service de sauvetage	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, part cantonale	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient, canton	Prestations de base fixes : CHF 22 mio	Prestations de base fixes : CHF 18 mio	Forfaits selon les conventions avec les assureurs, modèle des coûts normatifs du canton
Soins : infirmière ou infirmier indépendant	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, part cantonale	AOS, assureur privé, patiente ou patient, canton	Financement résiduel du canton : CHF 5 mio	Financement résiduel du canton : CHF 5,6 mio	Coûts normatifs fixés par le canton
Soins : service d'aide et de soins à domicile	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, canton (mandat de prise en charge)	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient, canton	Financement résiduel : CHF 110,4 mio (sans les CHF 4,9 mio indiqués pour les logements protégés) PC non incluses Autofinancement : pas de données disponibles	Financement résiduel : CHF 116,7 mio (sans les CHF 5,5 mio indiqués pour les logements protégés) PC non incluses Autofinancement : pas de données disponibles	Contrats de prestations uniformes par catégorie (services privés, services d'utilité publique, infirmières et infirmiers indépendants, logements protégés)
Soins : structure de soins palliatifs	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement ; subventions de projet du canton	AOS, assureur privé, patiente ou patient, canton	Subventions de projet du canton : CHF 0,2 mio pour le projet BEJUNE, CHF 3,4 mio budgétés pour l'essai pilote d'équipes mobiles en soins palliatifs	Subventions de projet du canton : CHF 0,2 mio pour le projet BEJUNE, CHF 3,4 mio budgétés pour l'essai pilote d'équipes mobiles en soins palliatifs	Contrats de prestations
Thérapeute (naturopathe, p. ex.)	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, canton	AOS, AA, AI, AM, assureur privé, patiente ou patient, canton	–	–	Tarifs à la prestation
Troisième âge : établissement médico-social (EMS)	Primes d'assurances sociales, primes d'assurances privées, autofinancement, part cantonale	AOS, assureur privé, pensionnaire, canton	CHF 198,6 mio PC non incluses Autofinancement : pas de données disponibles	CHF 205 mio PC non incluses Autofinancement : pas de données disponibles	Coûts normatifs fixés par le canton (selon le degré de soins)
Troisième âge : foyer de jour	Autofinancement, part cantonale	Canton, clientèle	Part cantonale de CHF 80 par journée de soins (75 depuis 2018), CHF 3,9 mio au total pour 49 254 journées de prise en charge	CHF 3,9 mio	Forfaits journaliers

Direction de la santé publique
et de la prévoyance sociale
du canton de Berne
Secrétariat général

Rathausgasse 1
Case postale
3000 Berne 8
+41 31 633 79 20
info@gef.be.ch

www.be.ch/gef