

UNIVERSITÉ DE NEUCHÂTEL
FACULTÉ DE DROIT ET DES SCIENCES ÉCONOMIQUES

Politique hospitalière neuchâtoise

THÈSE

PRÉSENTÉE À LA FACULTÉ DE DROIT ET DES SCIENCES ÉCONOMIQUES
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR ÈS SCIENCES ÉCONOMIQUES

PAR

ANDRÉ MONTANDON

IMPRIMERIE HENG, 2301 LA CHAUX-DE-FONDS
1984

**Politique hospitalière
neuchâteloise**

Monsieur André MONTANDON est autorisé à imprimer
sa thèse de doctorat ès sciences économiques intitulée
"Politique hospitalière neuchâteloise".

Il assume seul la responsabilité des opinions
énoncées.

Neuchâtel, 21 février 1984

Le doyen
de la Faculté de droit
et des sciences économiques

François Knoepfler

Avant-propos

En Suisse comme à l'étranger, les problèmes posés par la santé publique ont toujours beaucoup préoccupé les populations. Ces vingt dernières années, l'attention s'est portée essentiellement dans deux directions plus attractives que les autres : l'explosion des coûts hospitaliers et la situation financière des caisses-maladie. Le canton de Neuchâtel n'y a pas échappé.

L'enchevêtrement des pouvoirs de décision et le fait que les recettes sont fixées au niveau politique inquiètent les hôpitaux qui voient là de sérieuses entraves à une gestion efficiente. Quant aux assurances-maladie, ce sont l'ascension vertigineuse du prix de revient de la journée de malade, les difficultés de l'Etat face à ses obligations financières, la diminution des subsides fédéraux et l'augmentation des cotisations qui restent les facteurs déterminants générateurs de leurs soucis.

Les partis politiques neuchâtelois ne sont guère plus optimistes. A gauche, l'anxiété provient d'une part, de l'impossibilité de se soigner mieux malgré l'augmentation des primes-maladie et des subventions publiques et d'autre part, de la situation antinomique du citoyen-contribuable face au citoyen-patient, le premier exigeant des rationalisations, des économies et des limitations des investissements, alors que le second désire des médecins qualifiés et spécialisés bénéficiant des équipements sanitaires les plus perfectionnés. A droite, on espère aplanir les difficultés, simplement en réduisant l'intervention des pouvoirs publics au minimum exigé pour prodiguer les meilleurs soins possibles, tout en favorisant la relation privée médecin-malade, de manière à empêcher une

étatisation de la médecine avec ses corollaires inévitables de coûts insupportables pour l'économie et de baisse de la qualité des prestations.

Pour estimer objectivement la situation hospitalière actuelle, il est nécessaire de la placer dans son véritable cadre et de la comparer à d'autres activités du secteur santé.

Nous ne citerons qu'un seul exemple, particulièrement significatif. En Suisse, selon une enquête menée en 1979, les produits pharmaceutiques achetés sans ordonnances médicales, donc non couverts par les assurances, se montaient en moyenne à fr. 250.-- par an et par habitant. Cela représentait, dans le canton de Neuchâtel, en 1980, une dépense complètement méconnue de 39,7 millions de francs pour des médicaments dont l'efficacité reste à prouver. Comparativement, les déficits globaux de tous les hôpitaux neuchâtelois atteignaient 29,4 millions de francs pour une activité dont l'utilité n'est pas mise en cause. Ce sont surtout les montants de certaines factures qui constituent la cible des critiques du public. En 1973 déjà, un hôpital cantonal signalait qu'une somme de fr. 16.772.-- avait été demandée à un patient ayant séjourné huit semaines dans le service des soins intensifs, uniquement pour des médicaments, conserves de sang, plasma, radiographies, analyses et électrocardiogrammes.

Tant que les hôpitaux de notre canton n'obtenaient aucune subvention, ils pouvaient s'organiser librement. Les décisions ne dépendaient que de leurs commissions administratives représentant le propriétaire de l'établissement. Cette situation a duré très longtemps, soit dès la fondation de chaque hôpital jusqu'en 1959. A partir de cette date, l'aide cantonale devint nécessaire et au fur et à mesure qu'elle augmentait et se développait par l'adjonction de subsides communaux, la pression de l'Etat se faisait plus forte au travers d'une

législation restreignant la liberté d'action des hôpitaux, tout en veillant à leur laisser encore assez d'autonomie pour justifier l'existence des commissions de gestion.

En vue d'améliorer la structure hospitalière actuelle, il conviendrait de définir les principes du partage des pouvoirs entre le canton et l'établissement.

Partant de l'idée que la création d'un hôpital cantonal pour soins physiques est impossible dans la conjoncture actuelle, on conserverait à nos institutions hospitalières leurs missions habituelles. Il suffirait simplement de modifier l'organisation des centres de décision selon des critères plus démocratiques, tels que : séparation absolue des pouvoirs, large participation de l'ensemble de la population, prise en considération des intérêts des régions, représentation plus importante du personnel, partage très strict des compétences, sensibilisation des patients afin de les intéresser à la politique sanitaire et instauration d'un meilleur équilibre entre les pouvoirs du corps médical et ceux des responsables administratifs.

L'analyse du système hospitalier neuchâtelois nous a amené à faire des propositions de réforme dans différents domaines. Auparavant, nous avons étudié les mécanismes d'explosion des coûts et les moyens à mettre en oeuvre pour stabiliser ceux-ci, voire les diminuer.

Commençons par les facteurs d'augmentation des coûts que l'on peut séparer en deux grandes catégories : facteurs externes (économiques, démographiques et sociaux) et facteurs internes (appartenant à l'hôpital même). Dans la première catégorie, on rangera les pressions continues exercées sur les établissements par les fabricants d'appareils et de matériel de tout genre, pour les amener à des développements, des changements et des modernismes inutiles ou pour le moins discutables. On y ajoutera : l'augmentation régulière et inévitable des

prix, le vieillissement de la population lié à un taux élevé d'hospitalisation, la diminution des horaires de travail et la tendance de chacun à réclamer la satisfaction totale en matière de soins, entraînant du même coup une augmentation des besoins en personnel qualifié. Dans la deuxième catégorie, on relèvera en particulier le fait que le personnel, par manque d'information, se considère comme non concerné par les problèmes de coûts. Il pense donc que les économies sont d'une utilité tout à fait secondaire. Par ailleurs, l'abondance d'analyses de laboratoires, d'examen radiologiques et autres tests systématiques, lors des entrées à l'hôpital et en cours de séjour, représente une importante source interne de développement des charges.

Quant aux facteurs de stabilisation et de diminution des coûts, ils ramèneraient les dépenses dans des limites supportables en les empêchant de se développer selon une progression géométrique, comme c'était régulièrement le cas ces vingt-cinq dernières années. Le "redimensionnement" des hôpitaux reste un objectif prioritaire à atteindre rapidement et devrait être motivé par les constatations suivantes : séjours plus courts du fait des progrès de la médecine, soins à domicile plus importants à cause de l'augmentation des cabinets médicaux, diminution de la population, directives précises concernant l'entrée des patients à l'hôpital et spécialisation des établissements. D'autres objectifs, tout aussi rentables, seraient pris en considération, à savoir : la comptabilisation des coûts déterminants, sous déduction des dépenses pour l'enseignement et la recherche, la création de centrales d'achats, le remplacement des monopoles hospitaliers par l'instauration d'une saine concurrence entre établissements et l'examen des conditions d'engagement des médecins-chefs (plein temps ou temps partiel, honoraires et participation aux frais des services privés).

Finalement, nous en arrivons à formuler des propositions de réforme qui devraient aboutir à la concordance des tarifs hospitaliers avec les prix de revient, à la simplification de l'aide du canton et des communes destinée à couvrir les déficits des établissements et à long terme, à l'équivalence de l'inflation des coûts hospitaliers et de l'inflation moyenne enregistrée en Suisse.

Nous ne saurions terminer ce préambule sans remercier chaleureusement le service cantonal de la santé publique, la centrale d'encaissement des hôpitaux, les directions de tous les établissements hospitaliers du canton et de nombreuses autres personnes ou institutions que nous ne pouvons énumérer par crainte d'en oublier.

Chacun, dans la mesure de ses possibilités, a mis à notre disposition une importante documentation, a répondu aimablement à nos questions et nous a transmis, à l'occasion, des informations supplémentaires fort utiles. Il faut déplorer toutefois le manque de statistiques détaillées, capables d'éclairer certaines situations et l'insuffisance des renseignements completables perturbant les analyses que nous aurions désirées plus complètes.

Notre reconnaissance va tout particulièrement à Monsieur le Professeur Claude Jeanrenaud, directeur de thèse qui n'a pas ménagé son temps pour nous encourager, nous conseiller et superviser l'ensemble du travail. Monsieur le Professeur Denis Maillat, codirecteur a contribué aussi à la réalisation de l'étude et nous lui adressons nos vifs remerciements.

P R E M I E R E P A R T I E

ORGANISATION DU SYSTEME HOSPITALIER

ET

PARTAGE DU POUVOIR

1. Historique des hôpitaux

Pour rendre possibles certaines comparaisons avec la situation d'aujourd'hui et permettre de mesurer les progrès réalisés, il y a un intérêt évident à relater les faits importants qui ont marqué la vie des hôpitaux pendant plus d'un siècle. Les établissements seront présentés par ordre chronologique de fondation.

A l'exception de Perreux et des Cadolles, hôpitaux publics dès leur création, partout les origines furent modestes et le plus souvent dues à l'initiative et à la générosité d'une seule personne, fortunée ou non, mais toujours pleine de bonnes intentions et capable d'en enthousiasmer d'autres, de façon à constituer des groupes actifs prêts à assumer des responsabilités. Ces fondations privées, encouragées pendant de très nombreuses années par des soeurs et diaconesses à l'activité débordante et bénévole au service des malades, purent jusqu'en 1967, supporter seules les charges financières pourtant sans cesse croissantes de leurs hôpitaux. Il y eut bien dès 1955, des subventions du canton et des communes, mais si modestes qu'il est inutile de les considérer comme une véritable participation financière. Tant que les progrès des techniques médicales survenaient à une cadence supportable et à des prix accessibles, les hôpitaux se tenaient parfaitement à jour et entreprenaient les modernisations, les agrandissements, les transformations et les achats nécessaires. Malheureusement, dès 1967, une aide massive des pouvoirs publics s'avérait indispensable, car les établissements devenaient parfaitement incapables de supporter plus longtemps des déficits toujours plus élevés et qui s'accumulaient depuis un certain temps déjà, du fait surtout des charges salariales en forte augmentation (personnel religieux remplacé par des infirmières laïques, nouvelles techniques de traitement des patients exigeant des effectifs beaucoup plus importants, diminution des

heures de travail et augmentation des rétributions à tous les niveaux). Les collectivités publiques, aujourd'hui très largement engagées, puisqu'elles assurent la couverture intégrale de l'ensemble des déficits hospitaliers, entendent bien obtenir en compensation un important pouvoir de décision qui diminue d'autant l'initiative privée des fondations. Dans le système actuel, ce partage du pouvoir constitue un élément de base essentiel.

Hôpital Pourtalès, Neuchâtel

Jacques-Louis de Pourtalès, le fondateur, s'exprimait en ces termes (1) :

"La principauté de Neuchâtel, ma patrie, dont les heureuses institutions ont singulièrement favorisé mes travaux et mes entreprises, doit naturellement jouir du bien que je puis faire. J'ai donc cherché à connaître ses besoins, et j'ai été frappé qu'au milieu de l'aisance publique et particulière, il n'existât aucun asyle ouvert au pauvre, lorsqu'il est accablé par la maladie ou par quelque accident imprévu. Mon désir est de remplir un vide aussi sensible, et en conséquence je déclare par le présent, assigner sur mes biens la somme de six cent mille francs de France, applicable à fonder et entretenir perpétuellement dans ou près la ville de Neuchâtel, un hôpital selon les dispositions plus particulières de ma volonté, que j'ai consignées ci-après".

En résumé, M. de Pourtslès avait prévu la construction d'un bâtiment pour loger 30 à 40 malades et les personnes préposées à les soigner et à les servir. Les indigents étaient acceptés gratuitement et sans distinction de patrie ou de religion, mais les familles chargées d'enfants avaient la préférence. On devait réserver quelques appartements pour recevoir, surtout en hiver, de pauvres mères et les soigner pen-

(1) Extrait du mémoire du 14 janvier 1808
de M. de Pourtalès l'aîné.

dant et après leurs couches. Les secours spirituels, si nécessaires aux malades, leur étaient prodigués par un pasteur qui recevait un traitement de trois cents francs de France et par un prêtre catholique qui bénéficiait d'une indemnité équitable. Comme l'utilité de l'établissement dépendait principalement de l'habileté des gens de l'art qui y étaient employés, le chirurgien en chef jouissait d'un traitement assez considérable pour l'engager à prendre un soin tout particulier des malades qui lui étaient confiés. L'administration de l'hôpital était composée de sept personnes, soit un conseiller d'Etat, un conseiller de ville, un pasteur et enfin quatre notables. Les institutions dont dépendaient les trois premiers nommés avaient la possibilité de les choisir, alors que les quatre dernières personnalités étaient désignées par la famille de Pourtalès, dont un membre devait toujours faire partie de droit du comité. Le premier président du conseil administratif fut M. Louis de Pourtalès, fils aîné du fondateur. Les tâches des administrateurs étaient ainsi décrites : gérer les capitaux, appliquer les revenus à leur véritable but, rédiger les règlements de police intérieure, choisir les employés, fixer leurs traitements, éviter toute dépense de luxe et de décoration, veiller à l'efficacité des secours, à l'ordre et à l'extrême propreté, placer la moitié des capitaux au moins sur des immeubles d'un rapport sûr et constant, seule solution pour mettre les revenus à l'abri de fâcheuses circonstances. Reprenons maintenant rapidement la suite des événements (1). Les descendants de la famille de Pourtalès régnèrent avec bonté et économie sur le patrimoine, soit comme médecins, soit en qualité de présidents d'administration. Bien des remaniements ont été faits, dus pour la plupart à la générosité des personnes convaincues de la nécessité de cette fon-

(1) Renseignements tirés du guide à l'usage des patients des hôpitaux de la ville de Neuchâtel, partie historique par Dorette Berthoud.

dation. Elles mirent donc à sa disposition des moyens toujours plus modernes. En 1971, les charges financières de l'établissement devenaient trop importantes et la fondation ne pouvait plus y faire face. Les salaires durent être versés par la ville de Neuchâtel. L'hôpital Pourtalès lui était cédé pour la continuation de son exploitation. La fondation subsistait toutefois mais uniquement pour gérer les vignes, les autres immeubles et le portefeuille de titres. L'hôpital Pourtalès, sa maternité et l'hôpital des Cadolles formèrent dès lors un tout dénommé : Unité hospitalière de Neuchâtel.

Maison de santé de Préfargier (1)

Son fondateur, Auguste-Frédéric de Meuron formulait ainsi ses intentions :

"L'établissement uniquement consacré au traitement des maladies mentales constituera à perpétuité une propriété particulière entièrement indépendante et séparée du domaine communal et de celui de l'Etat. La commission se renouvellera elle-même perpétuellement en pourvoyant, à la majorité des suffrages, au remplacement, soit du président, soit des huit assesseurs. Deux membres de la famille de Meuron et un membre du Gouvernement ou de son représentant direct dans le district, en seront membres-nés. Les six autres membres seront des Neuchâtelois, connus par leur moralité, leur désintéressement et leur zèle pour le bien public".

L'édifice fut inauguré le 27 décembre 1848 et le premier malade entra le 2 janvier 1849. Auguste-Frédéric de Meuron nomma huit membres de la commission de surveillance et assumait la présidence de celle-ci. Maximilien de Meuron, peintre, fut le premier vice-président. Tous ces événements se déroulèrent

(1) Renseignements recueillis dans la plaquette du centenaire 1849-1949, rédigée par Guy de Meuron avec la collaboration du Dr Otto Riggenschach et de Robert de Coulon.

pendant la première année d'existence de la République neuchâtelaise. Les relations étaient cordiales avec le Gouvernement mais empreintes d'une certaine méfiance. Le Conseil d'Etat avait appris avec déplaisir la nomination de deux hommes de sentiments royalistes pour occuper des fonctions à Préfargier. Le règlement général de l'établissement porte en date du 18 août 1848, la sanction du Conseil d'Etat et du Grand Conseil avec la clause additionnelle :

"Pour être maintenus et observés tant et aussi longtemps qu'il n'y sera pas vu d'inconvénients."

En 1867, on procéda à la construction d'une villa destinée à loger des malades étrangers de première classe, habitués à un certain niveau et désirant des appartements plus luxueux. Elle constitua un facteur de prospérité financière pour l'établissement.

Construit à ses débuts pour 100 malades, Préfargier, grâce à de nombreux agrandissements put recevoir 150 pensionnaires vers 1900 et en accueillera plus de 200, en 1949. A la mort du fondateur, les intérêts du fonds de dotation de fr. 100.000.-- ne suffirent pas à équilibrer les budgets déficitaires des premières années ; de multiples et importants dons augmentèrent par la suite le fonds, permettant de faire face aux dépenses courantes. Puis vinrent de nombreux exercices bouclant avec bénéfice. Ces bonis furent dépensés au fur et à mesure, dans l'intérêt des malades, pour la rénovation et l'agrandissement des locaux et pour un meilleur régime alimentaire. On fit même à l'Etat un don de fr. 100.000.-- destiné à la construction de l'Hospice cantonal de Perreux.

L'ère des déficits commença lors de la première guerre mondiale 1914-1918. Les prix de pension durent être augmentés et considérant le fait que Préfargier avait contribué, par un don important, à la construction de Perreux, l'Etat consentit un prêt de fr. 125.000.-- pour faire face aux difficultés du

moment.

De 1849, date de sa fondation, à 1949, Préfargier a supporté, sans aide des pouvoirs publics, plus de 5 millions de francs de déficits pour soigner 8590 malades bénéficiant d'un prix de pension journalier allant de 75 centimes à fr. 5.--. Les investissements, pendant cette même période ont atteint également plus de 5 millions de francs pour l'achat de terrains, d'ameublement, la construction des immeubles, l'amélioration et l'entretien des bâtiments ainsi que du domaine.

Hôpital de La Chaux-de-Fonds (1)

En 1841, Sophie Mairret et Cydalise Nicolet constituent la Société de la Chambre de secours temporaires et louent un petit appartement à la rue du Rocher 16 pour y loger des malades sans asile, en attendant de les transférer dans un hôpital de Neuchâtel ou d'ailleurs. Les soins et la pension sont gratuits pour les malheureux de toute provenance. En 1842, elles ouvrent un nouvel établissement à la rue de la Charrière 15 qui comprend onze lits, mais en 1845 déjà, il est trop petit et elles se mettent alors en tête de construire un véritable hôpital avec les dons reçus, le produit des collectes annuelles et les contributions des malades les plus favorisés. Elles désirent en assumer seules la responsabilité et la direction, considérant le futur établissement comme leur affaire personnelle. Les Chaux-de-Fonniers ne l'entendent pourtant pas ainsi et s'intéressent activement au nouveau projet qui se développe alors rapidement. Les deux promotrices en prennent ombrage et refusent toute collaboration, se décidant finalement à vendre l'immeuble de la rue de la Charrière à une commission nouvellement créée, dont la première tâche consiste à proclamer l'hôpital, propriété inalié-

(1) Résumé d'après Edgar Tripet : Les hôpitaux de La Chaux-de-Fonds, 1966 .

nable de la population de La Chaux-de-Fonds. La construction projetée est donc mise en chantier sans la participation de Sophie Mairat et Cydalise Nicolet et pour la première fois, un hôpital vraiment digne de ce nom, entre en activité à la rue de la Demoiselle, le 11 novembre 1849, grâce principalement à la générosité publique. Jusqu'en 1852, c'est une fondation privée. Par la suite, le Conseil général nomme quinze membres de la direction de l'hôpital et s'engage à couvrir les déficits éventuels par des subventions, sans toutefois que l'établissement, comptant alors 45 lits, devienne un service communal à part entière, financé par les impôts. Ainsi les collectes annuelles en sa faveur continuent jusqu'en 1898, date à laquelle le règlement affirme que l'hôpital est un établissement communal. C'est à cette occasion qu'on inaugure, le 19 août, un nouveau bâtiment à la rue des Arbres. En 1915, un hôpital d'enfants vient compléter à l'est l'établissement de 1898, dit dès lors "hôpital d'adultes". Enfin, l'exploitation d'un complexe hospitalier, remplaçant les constructions vétustes, commence le 27 juin 1966. Il domine au nord les anciens bâtiments. C'est une réalisation très importante, devisée en 1960 à fr. 16.392.000.-- et qui coûtera finalement 40 millions de francs environ. Pour amortir cette dépense, le peuple chaux-de-fonnier, les 2 et 3 juillet 1960, accepte de payer pendant 30 ans, une contribution spéciale de 3 à 7 % du montant de l'impôt communal. Etant donné que l'échelle fiscale est déjà très élevée, cette décision prend l'allure d'un véritable sacrifice, consenti, il est vrai, dans une période de haute conjoncture, mais qui continue de frapper le contribuable aujourd'hui, alors que la situation économique est bien différente.

Hôpital du Locle (1)

Il est créé le 1er février 1856 par la fusion de l'Hôpital Fraternel et de l'Hôpital de la Croix-des-Côtes. L'établissement, destiné à soigner les malades et les accidentés, est placé sous la surveillance du Conseil communal du Locle. Le capital de la fondation se compose d'immeubles et de titres. Les dons et legs constituent une réserve spéciale utilisée dans l'intérêt des patients et, dans la mesure où la volonté des donateurs ne s'y oppose pas, pour procéder à des amortissements.

L'hôpital du Locle a été l'objet, à de multiples reprises, d'importantes transformations et modernisations et s'est considérablement agrandi au cours des ans. Il est doté de services médicaux bien équipés, tout à fait capables de satisfaire la population du district.

Hôpital de Couvet (2)

Cécile Borel légua des bâtiments et des terrains ainsi que quelques titres et une quantité d'objets divers pour créer l'hôpital de Couvet, inauguré modestement le 10 octobre 1860. Au cours des années, de nouvelles constructions furent entreprises et on procéda à de nombreuses transformations et rénovations ainsi qu'à la création d'un service d'enfants, de la radiologie, des salles d'opérations avec stérilisation et d'une maternité.

En 1880, le prix de pension était d'un franc par jour, mais il pouvait être réduit dans certains cas. Pendant longtemps, les dons et les revenus des capitaux permettaient d'équilibrer le budget. Toutefois, à cause de l'augmentation du coût de la vie

(1) Renseignements extraits des statuts de l'hôpital du Locle, du 7 mars 1980.

(2) Informations tirées de la plaquette du centenaire 1860-1960.

due à la première guerre mondiale, on enregistrait par la suite des modifications du tarif hospitalier. En décembre 1916, la journée de malade se facturait fr. 1,50 et en 1935, entre fr. 0,50 et fr. 3.--, pour arriver, le 1er janvier 1958, à fr. 8,50 en salle commune et à fr. 18.-- en service privé, chauffage non compris.

Hôpital de Fleurier (1)

Le 23 octobre 1861, Edouard Vaucher donnait fr. 6.000.-- pour créer un hôpital à Fleurier, en précisant que lui de son vivant et après lui un de ses enfants ou descendants ferait toujours partie de droit du comité de l'établissement. Ce premier capital fut rapidement complété par de nombreux dons, parfois très importants, si bien que le 30 juin 1866, la fortune de la fondation s'élevait à fr. 79.277,90 et permettait d'envisager le début des travaux de construction. Le coût total de l'hôpital atteignit finalement fr. 71.000.--. Le 14 mai 1868, il a été ouvert par une cérémonie publique et dès l'été les patients arrivèrent.

Au terme du premier exercice, les 12 lits de la maison avaient été occupés de la manière suivante :

- 6 lits gratuits des malades et blessés, par 38 personnes, représentant 1098 journées d'hospitalisation,
- 6 lits réservés aux vieillards, par 8 personnes, représentant 2194 journées.

Le prix de pension était de fr. 0,75 par jour pour les personnes âgées et de fr. 1,50 pour les infirmes.

De 1879 à nos jours, de nouvelles constructions, des transformations, des rénovations et des créations de services complets, tels que : radiologie, laboratoire d'analyses, etc. furent régulièrement entreprises.

(1) Extraits provenant de la plaquette du centenaire 1868-1968.

Hôpital du Val-de-Ruz, Landeyeux (1)

Il doit son existence à une donation d'Armand-Frédéric de Perregaux, le 5 mai 1870 et a été érigé définitivement en fondation, par décision des communes du Val-de-Ruz, suivant acte du 15 mars 1890. L'inauguration eut lieu le 28 janvier 1872. Cette même année, 33 malades furent soignés à Landeyeux. Le 20 novembre 1904, un bâtiment annexe entra en exploitation avec 18 lits. Le premier hôpital en comptant 12, c'est donc 30 lits qui devenaient disponibles. Dès lors, par une suite régulière d'agrandissements et la création d'une maternité et d'une division de gériatrie ainsi que de nombreux locaux de services généraux, techniques et médicaux, bloc opératoire et laboratoires, l'hôpital atteignait les chiffres indiqués dans le tableau 1, récapitulant l'état de l'ensemble des établissements du canton en 1980.

Hôpital de la Providence, Neuchâtel (2)

Il s'agit d'une fondation suivant acte du 18 octobre 1878. L'hôpital accueille les malades, les blessés et les infirmes de toute confession religieuse et de toute nationalité. Il est desservi par les soeurs hospitalières de Besançon, ou en cas de renonciation de ces dernières, par toutes autres religieuses catholiques à désigner par l'évêque du diocèse. Les intentions des donateurs sont en particulier de conserver à l'hôpital le caractère d'une institution catholique romaine. Actuellement, cet établissement a encore le rare privilège de disposer d'une quinzaine de soeurs hospitalières.

(1) Informations provenant de la plaquette du centenaire 1870-1970.

(2) Renseignements tirés des statuts de l'hôpital.

Hôpital psychiatrique cantonal de Perreux (1)

En 1887, Préfargier, souffrant toujours plus de l'encombrement par les incurables et trop souvent obligé de refuser, faute de place, l'admission de cas psychiatriques aigus, fit au canton un don de fr. 100.000.--, destiné à lui faciliter la création de l'hospice désiré. Le 20 mai 1891, le Grand Conseil décréta la construction d'un établissement cantonal d'incurables auquel il allouait fr. 200.000.--. Le 21 novembre 1894, c'était l'achat du domaine de Perreux pour y ériger l'établissement cantonal où l'on prévoyait d'emblée 270 lits. Les travaux débutèrent en 1895 et comprenaient : 7 pavillons, soit 6 destinés aux malades et 1 aux services généraux hôteliers et techniques. La maison d'habitation de l'ancien propriétaire était transformée pour abriter les bureaux médicaux et administratifs ainsi que le logement du médecin-directeur. Dès le 1er janvier 1897, les malades purent être reçus et l'inauguration officielle eut lieu le 18 septembre de la même année.

Le coût total des constructions, y compris le prix d'achat du domaine, du mobilier et des installations, se montait à fr. 1.450.000.--, ce qui représentait une dépense de fr. 5.370.-- par lit de malade. L'hospice, ne possédant comme capital de premier établissement que fr. 650.000.--, a dû emprunter à la Banque cantonale, la somme de fr. 800.000.--, dont les intérêts furent payés au moyen des versements effectués par le fonds de réserve et de secours des communes, créé en 1887, destiné à financer les établissements d'utilité publique et de bienfaisance et alimenté par un prélèvement annuel sur le produit du monopole de l'alcool. Les pensions versées par les malades étant bien insuffisantes à couvrir les dépenses, on allait inévitablement au-devant de déficits

(1) Renseignements recueillis dans des coupures de presse et des notes remises par la direction administrative de l'établissement.

annuels importants qu'on espérait combler grâce à la générosité populaire.

De 1899 à 1981, sept pavillons pour malades, une maison pour infirmières et des appartements de personnel furent construits.

Hôpital-Maternité de la Béroche et environs (1)

En 1889, un habitant de Provence, souffrant d'une hernie étranglée et ne pouvant être opéré faute d'un hôpital assez proche, décède à St-Aubin. Ce cas tragique impressionne la population et une première collecte destinée à la réalisation d'un hôpital rapporte fr. 6.--. Au 31 décembre 1890, à la suite de nombreux dons, une somme de fr. 10.000.-- est disponible et en 1891, un comité trouve d'autres fonds pour la réalisation d'un établissement de 12 lits. Le capital s'élève à fr. 83.000.-- en 1900 puis, le 20 mars 1903, la commission générale accorde un crédit de fr. 51.000.-- et la construction débute alors que les dons affluent, permettant d'envisager des agrandissements en cours de travaux déjà. Le 1er mai 1905, l'hôpital commence son activité. Les visites ne sont autorisées qu'un seul jour par semaine. Les prix de pension de fr. 1.-- à fr. 5.-- peuvent être réduits à 80 centimes par jour pour les indigents. De 1919 à 1949, on procède à des agrandissements et à l'installation d'un service de radiologie et d'une maternité. En 1965, on dispose d'une nouvelle salle d'opérations et de 18 lits supplémentaires et en 1970, de deux cabinets médicaux, salles d'exams, laboratoire, salle de plâtres et dépendances. D'autres travaux importants sont réalisés en 1976 et 1977 et concernent à nouveau la radiologie, mais aussi la cuisine,

(1) Renseignements extraits d'un programme de fête, édité en 1980, à l'occasion du 75 ième anniversaire de l'hôpital.

l'économat et deux magasins à vivres. 1980 marque le 75 ième anniversaire et le début de la transformation complète de la partie centrale de la maison, obligeant le service de médecine à loger provisoirement dans un pavillon érigé à l'ouest. Le coût de ces travaux est estimé à fr. 1.800.000.--.

Hôpital de la Ville Aux Cadolles, Neuchâtel (1)

C'est en 1909 qu'on décida de transférer l'hôpital de la ville au quartier des Cadolles. Le 18 décembre 1911, le Conseil général votait un crédit de fr. 1.400.000.-- pour la construction du nouvel établissement. En 1914, l'exploitation des divisions de médecine et de chirurgie commençait et en 1915, d'autres services étaient encore installés aux Cadolles. Depuis 1946 jusqu'à 1969, 15,5 millions de francs environ ont été votés par le Conseil général pour des transformations, améliorations et agrandissements de l'hôpital. Le 27 novembre 1969, la nouvelle polyclinique chirurgicale était inaugurée. Un crédit de fr. 1.300.000.-- permettait de mettre en service, en 1973, une radiologie agrandie et une section de soins intensifs.

Conclusion

Ces notes historiques ne sont pas systématiques. Elles proviennent de documents disparates dans lesquels ont été extraits des renseignements importants et aussi d'une certaine saveur, décrivant bien les situations où se trouvaient les hôpitaux.

(1) Informations provenant de coupures de presse (Bulletin officiel de la ville de Neuchâtel ; Feuille d'avis de Neuchâtel, Tribune de Lausanne et La Suisse, toutes les trois du 25 septembre 1973) et du guide à l'usage des patients.

Actuellement, tous les établissements hospitaliers sont subventionnés par les pouvoirs publics qui couvrent intégralement leurs déficits. On pourrait donc penser qu'ils sont des institutions publiques et qu'il n'existe plus d'hôpitaux privés. Ce n'est toutefois pas le cas, car malgré une quantité de directives, de normes et de contrôles imposés par les administrations octroyant les fonds, il est malgré tout possible de gérer des fondations en prenant des initiatives dans les domaines qui sont encore libres. Il faut donc distinguer, aujourd'hui, du point de vue du propriétaire, deux catégories d'hôpitaux :

Les fondations :

La Providence, Neuchâtel

Landeyeux

La Béroche, St-Aubin

Le Locle

Fleurier et Couvet

Préfargier

Les hôpitaux publics :

Les Cadolles et Pourtalès, Neuchâtel (commune)

La Chaux-de-Fonds (commune)

Perreux (canton)

Bien que l'époque des générosités populaires et des mécènes soit révolue, on constate actuellement que les habitants des villes et des villages, rattachés à un hôpital, manifestent un certain intérêt qu'il serait dommage de décourager, en transformant les établissements pour malades en simples services administratifs cantonaux. Autant que possible, les hôpitaux doivent correspondre aux mentalités des habitants des régions qu'ils desservent. Que ce soit par l'intermédiaire de fondations, d'administrations communales ou cantonales, il faut réserver une large place à la population intéressée au domaine hospitalier. Les fondations représentent donc leur

région caractéristique, la population leur est attachée et c'est une raison suffisante pour qu'elles continuent leur activité bienfaisante dans un cadre moderne, forcément différent des dispositions prévues à leur origine et qui paraissent quelque peu dépassées actuellement.

Du point de vue économique et social, on a coutume aujourd'hui de ranger les hôpitaux neuchâtelois dans quatre groupes :

1. Centres hospitaliers principaux :

Unité hospitalière de Neuchâtel (Les Cadolles et Pourtalès)
La Chaux-de-Fonds

2. Hôpital simple de ville :

La Providence, Neuchâtel

3. Hôpitaux régionaux :

Le Locle

Val-de-Ruz, Landeyeux

Unité hospitalière du Val-de-Travers (Fleurier et Couvet)

La Béroche, St-Aubin

4. Hôpitaux psychiatriques :

Perreux

Préfargier

Le tableau suivant permet d'apprécier la capacité des établissements, leur activité et les coûts globaux d'une journée de malade en 1980, donnant ainsi une image synthétique du système hospitalier neuchâtelois.

Tableau 1

Etat des hôpitaux neuchâtelois à fin 1980

	Nombre de lits	Nombre de malades	Nombre de journées de malades	Durée moyenne de séjour	% d'occupation des lits	Effectif moyen total du personnel	Nombre d'employés par j. de malade	Prix de revient d'une j. de malade a/ amort. et int.	Rapport salaires/ charges tot. en %
Cadolles-Pourtalès	420	9.364	106.924	11,42	69,56	825,71	2,57	334,23	70,91
La Chaux-de-Fonds	340	5.432	82.626	15,21	66,40	553,90	2,27	318,21	69,15
La Providence	114	2.033	28.040	13,79	67,20	141,68	1,67	213,32	66,14
Le Locle	107	1.697	26.722	15,76	68,23	125,21	1,62	221,90	72,88
Landeyeux	110	1.135	23.955	21,11	59,50	103,40	1,52	160,96	72,57
Fleurier-Couvet	134	1.316	31.878	24,22	65,00	138,78	1,56	188,63	71,55
La Béroche	58	1.063	14.044	13,21	66,16	67,00	1,63	201,10	69,94
* Perreux	452	1.037	133.769	129,00	80,86	313,10	0,78	104,77	78,58
* Préfargier	240	613	79.238	129,26	90,21	197,40	0,75	101,77	73,33
Totaux ou moyennes	1.975	23.690	527.196	22,25	72,93	2.466,18	1,57	206,21	71,55
Totaux ou moyennes) Hôpitaux pour soins) physiques)	1.283	22.040	314.189	14,26	66,91	1.955,68	2,11	275,74	70,26
Totaux ou moyennes) * Hôpitaux psychiatriques)	692	1.650	213.007	129,10	84,10	510,50	0,77	103,65	76,65

Source : Service cantonal de la santé publique

2. Partage du pouvoir

La législation hospitalière (1) détermine les domaines dans lesquels l'Etat entend se réserver une initiative prépondérante et prévoit les organes nécessaires à la réalisation pratique des dispositions édictées. Il s'agit de la commission cantonale d'hospitalisation, de l'organe de contrôle, de la centrale d'encaissement et de la commission paritaire.

Pour autant que les propriétaires d'établissements n'empiètent pas sur les prérogatives du canton, ils conservent toute latitude de s'organiser médicalement, administrativement et financièrement, par l'intermédiaire de leurs commissions, comités, directions, corps médicaux, chefs de services, etc. Seuls les pouvoirs détenus par les commissions administratives des hôpitaux seront abordés dans cette première partie. Les tâches des autres responsables occupés dans l'hôpital même, concernent surtout la structure interne, traitée dans la deuxième partie.

2.1. Pouvoir cantonal

2.1.1. Loi de 1967 sur l'aide hospitalière (L.A.H. 67) (1)

Elle a été précédée par la loi de 1959 (2) ne s'appliquant qu'aux établissements non spécialisés, donc les hôpitaux de Préfargier et de Perreux en étaient exclus. L'aide prévue n'avait trait qu'aux frais d'exploitation, sous forme de subides fixes, calculés d'après le nombre de journées de malades soignés en salle commune, les hôpitaux étant classés en quatre catégories, selon le nombre total de leurs lits

(1) Loi sur l'aide hospitalière, du 22 novembre 1967, révisée les 22 mars 1972, 18 juin 1973 et 20 juin 1978.

(2) Loi sur l'aide aux établissements hospitaliers du canton, du 21 mai 1959.

respectifs. Simpliste et laissant aux hôpitaux une complète indépendance, cette loi était déjà dépassée en 1966, à cause du développement rapide des déficits hospitaliers.

En fait, il existait dès 1955, en quelque sorte une aide avant la loi, sous forme d'une subvention cantonale uniforme de fr. 1,50 par journée de malade en salle commune et d'une participation des communes de fr. 2,50 par habitant et par an, répartie aux établissements en fonction des localités dépendant de chaque hôpital.

En 1959, on ne faisait que de passer, par exemple, pour la catégorie supérieure des hôpitaux, de fr. 1,50 à fr. 6.-- de subvention par journée d'hospitalisation en salle commune ; la contribution communale restant inchangée.

L'examen des comptes de l'hôpital de La Chaux-de-Fonds pour les exercices 1955 à 1967 illustre fort bien la situation qui n'était guère différente, toutes proportions gardées, dans les autres établissements du canton (1).

(1) Voir tableau 2, page 33.

Tableau 2 Hôpital de La Chaux-de-Fonds. Déficits et subventions de 1955 à 1967

Années	Subvention cantonale fr.	Subvention des communes (1) fr.	Total des subventions fr.	Déficit à la charge de la commune de La Chx-de-Fds fr.	Subventions en % du déficit %
1955	79.422.--	4.677,50	84.099,50	363.648,51	23,13
1956	76.770.--	4.666,70	81.436,70	453.145,42	17,97
1957	76.446.--	4.708,30	81.154,30	581.810,12	13,95
1958	84.499,50	4.830,80	89.330,30	697.804,76	12,80
1959	333.870.--	4.711,70	338.581,70	697.579,09	48,54
1960	335.754.--	4.685,90	340.439,90	662.896,94	51,36
1961	330.768.--	4.604.--	335.372.--	1.058.064,75	31,70
1962	387.972.--	4.576,50	392.548,50	1.489.570,32	26,35
1963	416.820.--	4.502,50	421.322,50	1.665.216,24	25,30
1964	437.082.--	4.635,80	441.717,80	1.707.554,34	25,87
1965	420.990.--	4.489,20	425.479,20	2.054.519,18	20,71
1966	423.948.--	4.458,30	428.406,30	3.729.276,90	11,49
1967 (2)	417.432.--	3.957,50	421.389,50	3.315.577,78	12,71

(1) La Sagne, Les Planchettes ainsi qu'une participation des Ponts-de-Martel et 8rot-Planboz

(2) Exercice de 10 mois seulement

Source : Rapports annuels de l'hôpital

Remarques

- De 1955 à 1958, la subvention cantonale était de fr. 1,50 par journée de malade en salle commune.
- De 1959 à 1967, le déficit avait plus que quintuplé par rapport à 1959, alors que les subventions n'avaient augmenté que de 27 % env.
- En 1966, le déficit avait plus que quintuplé par rapport à 1959, alors que les subventions n'avaient augmenté que de 27 % env.
- De 1955 à 1967, les subventions des communes restaient inchangées.

Différents éléments importants sont encore à considérer avant d'aborder la loi de 1967. Ils sont extraits du message accompagnant le projet de loi (1) et décrivent bien la politique hospitalière du Conseil d'Etat à cette époque. Tout d'abord, puisque l'hospitalisation constitue un risque que de nombreuses personnes ne peuvent supporter seules, il y a nécessité d'une part, de trouver des solutions inspirées de la solidarité de toute la communauté, en collaboration avec l'Etat et les caisses-maladie et d'autre part, de coordonner les efforts des hôpitaux, tout en leur garantissant la plus grande liberté d'action. Ensuite, il faut relever qu'en 1966, une nouvelle loi fédérale impose aux caisses-maladie et aux hôpitaux de fixer par convention les taxes applicables aux assurés soignés en salle commune. A défaut de convention, le gouvernement cantonal est tenu d'établir un tarif obligatoire pour les deux parties. Donc les hôpitaux ne peuvent facturer des suppléments aux assurés soignés en salle commune, sauf en ce qui concerne les frais de pension. Dans ces derniers, il y a de petits frais médicaux et paramédicaux, pris en charge par les caisses-maladie à raison de fr. 6.-- par journée d'hospitalisation. Pour répondre aux nouvelles directives fédérales, le Conseil d'Etat a conclu une convention provisoire d'hospitalisation (2) qui devait aboutir à un double sacrifice ; d'une part, les hôpitaux abaissèrent leurs tarifs et d'autre part, les caisses augmentèrent leurs prestations. Ainsi, les assurés virent leur participation fortement diminuée. Pour éviter que les caisses-maladie n'augmentent leurs cotisations et les hôpitaux ne creusent leurs déficits, l'Etat se trouvait dans l'obligation d'intervenir en faveur de ces deux partenaires à vocation sociale,

-
- (1) Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil à l'appui d'un projet de loi sur l'aide hospitalière, du 2 juin 1967.
(2) Valable du 1er janvier 1967 au 31 décembre 1967, elle liait la Fédération cantonale neuchâteloise des sociétés de secours mutuels, l'Association neuchâteloise des établissements pour malades et la Société neuchâteloise de médecine.

en envisageant l'accroissement de son engagement financier en faveur des malades hospitalisés.

Un tarif hospitalier neuchâtelois était établi, basé sur celui de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, avec une diminution de 20 % et en remplaçant les positions minima et maxima par des positions moyennes uniques. Les établissements hospitaliers acceptèrent ce tarif qui pourtant entraînait une diminution de leurs recettes, car l'Etat donnait l'assurance de compenser intégralement ce manque à gagner par des subsides représentant en fait une aide aux assurés hospitalisés. La commission paritaire, organisme de conciliation prévu par la convention d'hospitalisation, était créée simultanément.

Dans ce même message, le Conseil d'Etat présente le plan d'équipement hospitalier 1967-1980 qui cherche à définir le nombre optimum de lits d'hôpitaux nécessaires au canton de Neuchâtel. Il se base sur une prévision de population de 172.000 habitants en 1980 et sur 112 lits pour 10.000 habitants, en indiquant comme référence la "table de Büchel", encore d'actualité en 1967, mais dépassée aujourd'hui. En appliquant ces normes, on arrive à un total de 1926 lits, avec la répartition suivante :

Districts du Locle et de La Chaux-de-Fonds	39 %	751 lits	
" " Val-de-Travers et du Val-de-Ruz	14 %	270	"
" de Boudry et de Neuchâtel	<u>47 %</u>	<u>905</u>	"
Totaux	100 %	1926	"

A titre de comparaison, d'après la population réelle du canton en 1980 de 158.720 habitants et en utilisant la même base de 112 lits pour 10.000 habitants, le nombre de lits serait de 1778, répartis ainsi :

	<u>Habitants</u>	<u>%</u>	<u>Nombre de lits</u>
Districts du Locle et de La Chaux-de-Fonds	55.241	34,8	619
" " Val-de-Travers et du Val-de-Ruz	22.853	14,4	256
" de Boudry et de Neuchâtel	<u>80.626</u>	<u>50,8</u>	<u>903</u>
Totaux	158.720	100,0	1778

A fin 1980, on enregistrait 1975 lits dans les hôpitaux et 85 lits dans les cliniques privées toutes situées à La Chaux-de-Fonds, soit au total 2060 lits pour tout le canton, donc 130 lits pour 10.000 habitants. Quant au rapport 1967, il mentionne pour une population de 161.000 habitants, 2153 lits, dont 700 environ pour malades psychiques et 1450 pour malades physiques, soit 134 lits pour 10.000 habitants. Ces chiffres démontrent clairement que le canton de Neuchâtel est suréquipé en lits d'hôpitaux.

Le Conseil d'Etat signale par ailleurs le manque d'infirmières et d'infirmiers diplômés, mais renonce à fonder une école, préférant collaborer avec des institutions existantes en participant financièrement à leur développement et en concluant avec elles des contrats assurant une relève suffisante.

Enfin, un rapport d'experts préconise :

- un plan comptable uniforme pour tous les hôpitaux du canton ;
- une aide directe de l'Etat, adaptée annuellement, qui devrait être calculée d'après le coût effectif de la journée de malade en salle commune ;
- la prise en considération, dans une proportion à déterminer, de l'amortissement des installations et éventuellement des constructions ainsi que des intérêts passifs dans le coût de la journée de malade, en évitant toute solution qui défavoriserait les établissements qui, par souci d'économie, limiteraient strictement leur développement à l'essentiel.

La loi elle-même définit l'engagement du canton sur le plan financier, mais elle envisage aussi celui des caisses-maladie, pour participer aux coûts médicaux et paramédicaux et celui des malades, pour couvrir les dépenses hôtelières et personnelles (1).

L'aide aux établissements hospitaliers est réalisée par :

- des subsides d'exploitation calculés sur présentation au Conseil d'Etat des comptes annuels contrôlés et établis d'après le plan comptable imposé. D'autres conditions et obligations peuvent être exigées. Les établissements doivent consulter le Conseil d'Etat avant de fixer ou de modifier les tarifs et prix de pension applicables aux diverses catégories de leurs malades. Il pourra réduire ou supprimer les subsides d'exploitation si les tarifs et prix de pension sont injustifiés ;
- des subventions à la construction pouvant être accordées pour la construction, l'agrandissement et la rénovation des hôpitaux gériatriques ou divisions de gériatrie. Les plans et devis des projets doivent être au préalable soumis au Conseil d'Etat. Le Grand Conseil est compétent pour fixer le montant des subventions si la dépense doit être soumise ensuite au vote du peuple. Dans tous les autres cas, le Conseil d'Etat prend la décision ;
- des subventions à l'acquisition d'installations spéciales dans les hôpitaux pour soins physiques ou psychiatriques. Les conditions sont les mêmes qu'au paragraphe précédent.

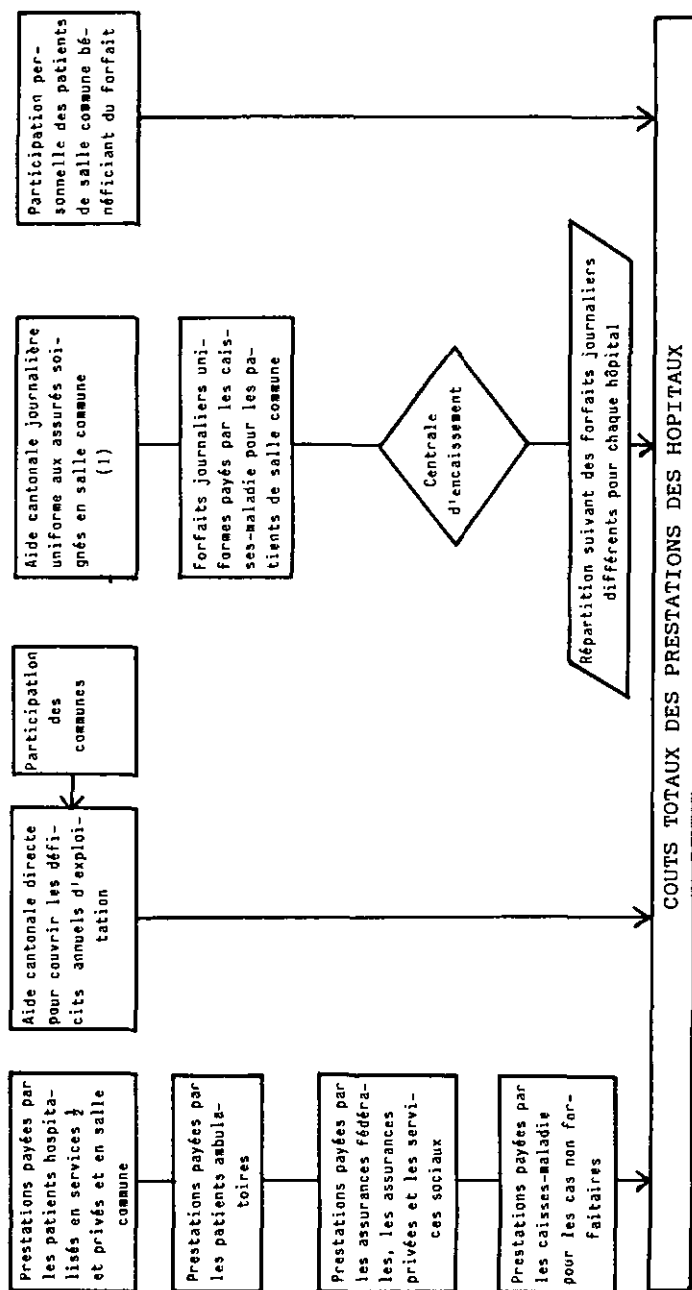
Quant à l'aide aux patients, elle se manifeste sous la forme de subsides d'hospitalisation en faveur des personnes soignées en salle commune dans un établissement hospitalier du canton, à la condition :

1. Que ces patients soient assurés pour les frais de guérison .

(1) Voir schéma I "Financement des dépenses hospitalières", page 38.

Financement des dépenses hospitalières

Schéma I



(1) Cette aide est aussi appelée : aide indirecte de l'Etat aux hôpitaux ou subsides d'hospitalisation.

2. Qu'ils soient membres d'une caisse-maladie reconnue et affiliée à la FCNM.

3. Qu'ils soient domiciliés dans le canton.

Ces subsides d'hospitalisation, dont le montant est fixé par le Conseil d'Etat, sont calculés en fonction des prestations fournies par les caisses-maladie, conformément aux tarifs et conventions forfaitaires en vigueur. Leur octroi est subordonné à certaines conditions et obligations pour les caisses-maladie et les hôpitaux. En outre, l'Etat est toujours partie aux conventions passées entre hôpitaux du canton et caisses-maladie affiliées à la FCNM.

Par ailleurs, le Conseil d'Etat exerce la haute surveillance sur les hôpitaux et prend les décisions nécessaires. Il nomme en particulier, au début de chaque législature, la

commission cantonale d'hospitalisation,

composée de 15 à 21 membres et présidée par le conseiller d'Etat, chef du département de l'Intérieur. Elle comprend notamment des représentants :

- des principaux services de l'administration cantonale ;
- des établissements hospitaliers ;
- des caisses-maladie ;
- du corps médical ;
- de l'organe de contrôle.

Son secrétariat est assumé par un fonctionnaire désigné par le Conseil d'Etat. A fin 1980, cette commission comprenait 22 membres. Ils étaient répartis ainsi :

- 5 délégués de l'Etat (le conseiller d'Etat, chef du département de l'Intérieur ; deux représentants du service cantonal de la santé publique ; deux représentants d'autres services cantonaux concernés) ;
- 5 délégués des établissements hospitaliers (trois médecins et deux administrateurs) ;

- 2 délégués de la FCNM ;
- 2 délégués de la SNM (dont un non médecin d'hôpital);
- 2 responsables des hôpitaux communaux des villes de Neuchâtel et La Chaux-de-Fonds (conseillers communaux);
- 6 délégués des districts (souvent députés).

La commission donne son préavis sur toute modification de la législation hospitalière, sur l'octroi des subsides et des subventions, sur toute conclusion ou modification des conventions hospitalières auxquelles l'Etat est intéressé. Elle examine les vœux et suggestions des hôpitaux et propose des mesures propres à remédier, s'il y a lieu, à l'insuffisance de l'équipement hospitalier. D'autres tâches peuvent lui être confiées par la législation et par le Conseil d'Etat.

Ce dernier désigne un

organe de contrôle

chargé d'examiner l'activité des caisses-maladie et des hôpitaux, dans la mesure où elle concerne les objets de la présente loi. Cet organisme s'occupe du fonctionnement de la

centrale d'encaissement

prévue par les conventions d'hospitalisation. Il a le droit de prendre connaissance de la gestion et de la comptabilité des caisses-maladie et des établissements hospitaliers, dans le cadre des dispositions légales.

Le financement de ces aides diverses est prévu ainsi :

- les subsides d'exploitation et d'hospitalisation sont couverts par le reliquat du produit de la contribution aux charges sociales, le surplus étant pris en charge par le budget de l'Etat ;
- les subventions à la construction et subventions à l'acquisition d'installations spéciales sont couvertes par le fonds des oeuvres sociales et si nécessaire par des crédits extraordinaires ;

- l'indemnité versée à l'organe de contrôle est prise en charge par le budget de l'Etat ;
- l'hôpital psychiatrique de Perreux reste en totalité à la charge du budget de l'Etat ou de crédits extraordinaires ;
- les villes de Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds, supportant respectivement les déficits d'exploitation des hôpitaux des Cadolles, de Pourtalès et de La Chaux-de-Fonds, sont exonérées de la contribution aux subsides d'exploitation. Les soixante autres communes du canton sont tenues de participer à l'aide hospitalière par une prestation annuelle qui ne dépassera pas le 40 % de la part cantonale et qui s'y ajoutera. La répartition exacte entre les communes et les hôpitaux est traitée sous chiffre 3.2. "Aide directe" dans la troisième partie de cet ouvrage.

En 1978, la loi est complétée par l'introduction de subsides d'hospitalisation en cas de séjour de force majeure dans un établissement sis hors du canton. L'Etat accorde la subvention lorsque l'hospitalisation est urgente ou que le cas nécessite un traitement médical qui ne peut être fourni par un hôpital neuchâtelois. Il est nécessaire en outre que le patient, domicilié dans le canton et soigné en salle commune, soit assuré auprès d'une caisse-maladie reconnue et affiliée à la FCNM (1).

2.1.2. Convention neuchâteloise d'hospitalisation (2)

Elle est applicable aux malades adultes ou enfants, hospitalisés en salle commune, assurés et couverts pour les frais médicaux et pharmaceutiques, domiciliés dans le canton. Ils ont le libre choix parmi les neuf établissements, mais

(1) Convention d'hospitalisation hors du canton en cas de force majeure, du 7 décembre 1978.
(2) Du 22 octobre 1974.

l'hospitalisation ainsi que sa durée doivent être jugées médicalement nécessaires.

Les parties à la convention sont :

- l'Etat de Neuchâtel représenté par le chef du département de l'Intérieur ;
- les caisses-maladie du canton représentées par la FCNM ;
- les neuf hôpitaux représentés par l'ANEM ;
- la Société neuchâteloise de médecine (SNM).

Une centrale d'encaissement (1) règle les relations financières. Elle fonctionne comme une caisse de compensation et est alimentée par un forfait versé par les caisses-maladie ainsi que par un subside d'hospitalisation payé par l'Etat. La centrale verse aux hôpitaux un prix forfaitaire journalier d'hospitalisation, variable suivant l'importance des charges d'exploitation des établissements. Ce dernier forfait est calculé en fonction du prix de revient de la journée de malade de chaque hôpital et comprend notamment une part des frais hôteliers et tous les autres frais médicaux, opératoires, pharmaceutiques, radiologiques, d'analyses et d'exams de laboratoire, etc. En outre, la centrale ajoute le montant des prestations médicales (principalement des actes chirurgicaux), sauf si elles sont tarifées à moins de 20 points (2).

Il existe un fonds de garantie en vue de couvrir un déficit éventuel de la centrale d'encaissement. Ce fonds est propriété des hôpitaux et la part de chacun d'eux est proportionnelle au montant des indemnités versées par la centrale. Le fonds est alimenté par une retenue sur les versements faits par cette dernière aux hôpitaux.

L'assuré verse directement à l'établissement hospitalier une

(1) Voir schéma I "Financement des dépenses hospitalières", page 38.

(2) Voir "Tarif hospitalier 1971", page 43.

somme fixe par journée d'hospitalisation conventionnelle, comme participation aux frais de pension. Il peut conclure avec sa caisse-maladie une assurance complémentaire d'hospitalisation qui couvre alors sa participation personnelle.

A la convention neuchâteloise d'hospitalisation est annexé le
Tarif hospitalier 1971 (T.H. 71)

Il s'agit d'un catalogue de toutes les prestations médicales, estimées en points suivant leur importance. Les hôpitaux qui le désirent peuvent ainsi calculer la facture du patient d'après chaque prestation fournie, en convertissant en francs le total des points obtenus. Le point T.H. pour 1981, par exemple, était fixé à fr. 1,70. Ainsi, en comparant la facture réelle, établie au prix forfaitaire journalier d'hospitalisation avec la facture interne (à but statistique), détaillée pour chaque prestation, il est possible de déterminer le bénéfice ou la perte sur forfait.

Il faut encore spécifier que les prix des médicaments ne se trouvent pas dans le T.H. 71, mais dans la "liste des spécialités", publiée par l'Office fédéral des assurances sociales, chaque printemps et chaque automne.

D'autre part, les positions du T.H. 71 de moins de 20 points (actes chirurgicaux) sont comprises dans le prix forfaitaire journalier d'hospitalisation.

La gestion de la centrale d'encaissement, dont les frais sont supportés par l'Etat, est assurée par la Caisse cantonale d'assurance populaire, à Neuchâtel. Pour l'application de la convention, cette gestion est placée sous la responsabilité de la

commission paritaire

Elle est formée de :

- 2 représentants de l'Etat, dont le chef administratif du service cantonal de la santé publique ;
- 3 représentants de la FCNM ;

- 4 représentants de l'ANEM (tous directeurs ou administrateurs d'hôpitaux) ;
- 3 représentants de la SNM ;
- 1 représentant de la centrale d'encaissement (voix consultative).

La commission est présidée par un des délégués de l'Etat. Elle siège valablement si chacune des parties est représentée par un membre au moins. Les décisions doivent être prises à l'unanimité des membres présents. En cas de besoin et pour traiter une question particulière, la commission peut faire appel, en qualité d'expert, à une personne non membre.

Les tâches de la commission paritaire sont pour l'essentiel les suivantes :

- établir ou modifier les directives d'application de la convention ;
- veiller à l'application de la convention, du tarif et des directives ;
- contrôler la gestion de la centrale ;
- fonctionner comme organe de conciliation entre parties ;
- étudier des modifications éventuelles de la convention et du tarif ;
- revoir chaque année les prix forfaitaires journaliers d'hospitalisation de chaque établissement, le forfait des caisses-maladie, le subside d'hospitalisation payé par l'Etat ainsi que la participation journalière aux frais de pension, à charge de l'assuré.

2.1.3. Rapport de la commission du Grand Conseil chargée de l'examen de l'ensemble de la politique hospitalière, du 25 juin 1975

1. Généralités

Cette commission avait pour tâche de préparer une nouvelle loi d'aide hospitalière. Elle constatait d'entrée de cause

l'impossibilité de s'inspirer de ce qui existe dans d'autres cantons, tant la diversité des systèmes est grande. Elle insistait pour que la future loi soit plus contraignante que la loi d'aide hospitalière de 1967 et désirait accorder plus de pouvoirs à la commission cantonale d'hospitalisation et au Conseil d'Etat, tout en évitant une cantonalisation de la médecine hospitalière. La commission demandait d'établir des normes sévères et si nécessaire d'imposer des mesures même draconiennes. Les propriétaires des hôpitaux resteraient l'organe de direction de chaque institution, mais devraient appliquer les décisions impératives de planification et de gestion arrêtées par le Conseil d'Etat sur préavis de la commission cantonale d'hospitalisation. Des possibilités de recours seraient toutefois offertes à chaque établissement. La commission proposait d'appeler la nouvelle loi : "Loi sur les établissements hospitaliers", titre convenant mieux que celui utilisé actuellement.

2. Missions confiées à la commission cantonale d'hospitalisation

Le rapport de la commission du Grand Conseil proposait que la commission d'hospitalisation puisse, en plus de ses compétences actuelles, imposer la collaboration entre établissements, fixer les limites du budget de chaque hôpital, déterminer la rémunération et le nombre de médecins, se prononcer sur la nécessité d'engager des assistants, sanctionner les cahiers des charges des médecins engagés, non sans avoir préalablement examiné l'opportunité des nominations et les possibilités de collaboration permanente ou temporaire du corps médical avec d'autres établissements.

3. Structures des hôpitaux

La commission constatait que les tables de Büchel utilisées pour calculer les besoins en lits d'hôpitaux étaient dépassées. Elle faisait remarquer que les études plus récentes conduisaient à un total minimum, mais acceptable de 92 lits pour 10.000 habitants. En 1975 déjà, le nombre des lits pour soins physiques, à disposition dans notre canton dépassait les besoins (1). En cas de sous-occupation des unités de soins pour malades aigus des hôpitaux régionaux (H.R.), la commission insistait pour que les lits libres soient attribués aux malades chroniques et de gériatrie.

Elle pensait que la limite d'intervention des H.R. devait être fixée et l'équipement adapté au nouveau rôle attribué. En principe, ces hôpitaux disposeraient de deux ou trois services de base, soit : médecine, chirurgie, éventuellement gynécologie-obstétrique.

Quant aux deux centres hospitaliers principaux (C.H.P.), ils continueraient à comprendre les disciplines médicales suivantes : médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, soins intensifs, anesthésiologie, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, radiologie de diagnostic et de thérapie conventionnelle, pharmacie et policlinique. Certains services très spécialisés, desservant l'ensemble du canton seraient, comme jusqu'ici, localisés dans l'un ou l'autre C.H.P.

L'organisation hospitalière cantonale future, esquissée par la commission, ne devrait pas dépendre de la personnalité ou de la spécialisation de praticiens pour lesquels il faudrait créer des services superflus par rapport aux besoins et à la population desservie.

Dans les deux C.H.P., le développement des techniques de diagnostic et de soins devrait suivre le progrès général, sans retard mais sans perfectionnisme. L'équipement serait complémentaire lors d'installations coûteuses destinées à des malades

(1) Voir commentaires dans la deuxième partie, chiffre 3.1.
"Calcul du nombre optimum de lits", page 107.

transportables. Les laboratoires des H.R. bénéficieraient de l'assistance technique des C.H.P. avec lesquels ils travailleraient en harmonie.

L'hôpital de la Providence n'étant pas un C.H.P., il devrait donc insérer ses services dans l'unité hospitalière de la ville de Neuchâtel.

A l'exception de mesures légales concernant les maladies infectieuses et la tuberculose, les médecins-chefs peuvent, d'après la commission, prendre la responsabilité de n'importe quel cas qui leur est confié, suivant leurs qualifications, les moyens techniques et le personnel dont ils disposent, conformément à la législation fédérale et à l'usage établi (1). Par des mesures adéquates, la commission était d'avis qu'il faudrait amener les hôpitaux à faire pour le même prix, davantage et mieux que ce que nous connaissons (déplacements de médecins des C.H.P. vers les H.R. et vice versa, suivant leur spécialisation ; lutte contre la multiplication abusive des examens et analyses).

Etant donné les différents types d'établissements (C.H.P. et H.R.), la commission envisageait une amélioration des possibilités de transfert des malades par un service ambulancier efficace, organisé sur le plan cantonal.

4. Corps médical

La commission éprouvait des embarras à tirer un dénominateur commun en partant des renseignements obtenus au sujet du statut des médecins hospitaliers, car il existe trop de situations différentes. Si les difficultés ne paraissaient pas très grandes concernant les assistants et chefs de clinique, il n'en était pas de même pour les chefs de service. La commission remarquait en effet des différences au sujet des heures de

(1) Voir commentaires dans la deuxième partie, chiffre 3.1.
"Calcul du nombre optimum de lits", page 111.

travail, de la rémunération et du nombre d'assistants. Elle prenait note en outre que l'activité privée du corps médical hospitalier se réglerait par des directives de la conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires.

5. Subventions

La commission du Grand Conseil approuvait la prise en considération des amortissements et des intérêts passifs pour déterminer l'aide cantonale directe, mais elle se refusait à modifier le système de subventions de l'Etat et des communes, prévu par la loi de 1967. Une nouveauté, sous la forme d'un subside d'hospitalisation était par contre souhaitée en faveur des patients devant séjourner, pour des cas de force majeure, dans des hôpitaux hors du canton.

En guise de conclusion, nous mentionnerons que cette dernière proposition est entrée en vigueur accompagnée par ailleurs de quelques changements de peu d'importance dans la distribution des subventions communales aux hôpitaux. Aucune autre suite pratique n'a été donnée jusqu'à présent au rapport de la commission du Grand Conseil.

2.2. Le pouvoir au niveau des hôpitaux : les commissions administratives

Par un examen détaillé de la structure et du fonctionnement de chaque commission administrative, il est possible d'obtenir un panorama complet des pouvoirs de décision des établissements du canton. Partant de simples organes, uniquement consultatifs dans quelques hôpitaux, on aboutit à des comités dotés de nombreuses prérogatives dans d'autres. La diversité des systèmes justifie un réel intérêt, démontrant l'utilité d'un inventaire complet des composantes de ces commissions.

Dans beaucoup d'hôpitaux, il existe en plus de la commission principale, un bureau, un comité de direction ou un comité administratif destinés à examiner les problèmes habituels de gestion et à liquider les affaires courantes. Certains établissements sont même dotés de commissions médicales consultatives.

Du fait du développement des engagements de l'Etat, tant sur le plan financier que sur celui de l'organisation des hôpitaux, les compétences des commissions administratives s'agrandissent de plus en plus, à tel point qu'il faudrait se poser la question de leur existence même, si ce phénomène s'accroissait encore ces prochaines décennies.

2.2.1. Commission consultative régionale des hôpitaux des Cadolles et Pourtalès, Neuchâtel

Composition :

Cette commission est placée sous la présidence du conseiller communal de Neuchâtel, directeur des hôpitaux et comprend dix représentants de la ville de Neuchâtel, cinq délégués du collège des médecins des Cadolles et Pourtalès et cinq représentants du groupement des communes du Littoral. Les deux infirmières-chefs, l'administrateur et le comptable des établissements sont convoqués à toutes les séances.

Nominations :

Le Conseil communal de Neuchâtel nomme, au début de chaque période administrative, les dix représentants de la ville à la commission régionale des hôpitaux (1). Ils sont

(1) Elle est constituée selon la convention passée le 5 avril 1974 avec le groupement des communes du Littoral (Art. 121 bis à 126 du règlement général de la commune de Neuchâtel, du 17 mai 1972, revu le 6 octobre 1980).

choisis, en principe, dans les listes de personnes intéressées qui lui sont adressées par les partis politiques.

Attributions :

Il n'existe pas de règlement particulier de la commission des hôpitaux. Celle-ci est convoquée quatre fois par année. Elle enregistre les communications qui lui sont faites à propos de la gestion des deux établissements et il lui arrive de donner son avis ou de formuler des propositions, toutefois sans que son président se sente obligé d'en tenir compte. Elle n'a donc pas de pouvoir réel et aucun droit de vote. En fait, le pouvoir appartient au conseiller communal, directeur des hôpitaux qui informe son Conseil de ses décisions. Lorsque le Conseil communal n'est pas compétent, il prépare des rapports à l'intention du Conseil général.

2.2.2. Commission de l'hôpital de La Chaux-de-Fonds (1)

Composition :

Elle est formée de treize membres avec voix délibérative, dont un président, conseiller communal chargé de l'hôpital et de dix-huit membres avec voix consultative (2) assistant aux séances, sauf décision contraire de la commission ou de son bureau.

Le bureau est composé du président de la commission plus un vice-président et un secrétaire, choisis par la commission parmi ses membres.

-
- (1) Renseignements tirés du règlement de la commission de l'hôpital communal, entré en vigueur le 8 mars 1982.
- (2) soit le directeur de l'établissement, les onze médecins-chefs, le médecin-chef adjoint, le pharmacien-chef, le chimiste chef du laboratoire, l'infirmière-chef générale, un représentant du personnel des services soignants et paramédicaux et un représentant du personnel des autres services

Nominations :

Avant chaque nouvelle législature de quatre ans, la chancellerie communale communique aux partis politiques représentés au Conseil général, le nombre de membres qu'ils doivent désigner pour former la commission. Ce nombre est proportionnel à la force des partis dans l'autorité législative communale. Il n'est pas nécessaire que les candidats commissaires soient conseillers généraux, toutefois ils doivent être membres des partis qui les proposent. La nomination se fait en bloc par le Conseil général, à la première séance, traditionnellement sans aucune objection ni discussion. Les anciens commissaires sont continuellement rééligibles.

Attributions :

La commission exerce la surveillance de la gestion de l'hôpital et propose au Conseil communal :

- a) la nomination du directeur et la rédaction de son cahier des charges ;
- b) la nomination des chefs de services médicaux et scientifiques ainsi que de leurs adjoints, sur préavis du Collège des chefs de services et du directeur et se prononce sur leurs cahiers des charges ;
- c) la nomination des autres chefs de services (infirmière-chef, chef du personnel, chefs des services financiers, administration, exploitation hôtelière, technique et informatique), sur préavis du directeur et du chef du dicastère.

Elle préavise sur le nombre de médecins-assistants de chaque service, propose le budget ainsi que le programme des investissements pour l'année suivante et se prononce sur les comptes qui sont transmis au Conseil communal.

Elle est informée par son président ou par le directeur des problèmes importants qui se posent dans le domaine de la gestion ainsi que dans celui des orientations de la politique hospitalière. Les membres peuvent solliciter, en séance de commission, des informations sur tous les aspects de l'activité de l'établissement, à l'exception de ceux relevant du secret de fonction ou du secret médical.

La commission dispose d'un droit d'initiative et de proposition auprès du directeur, du corps médical et du conseiller communal chargé de l'hôpital, pour assurer à la population les meilleurs soins hospitaliers et ambulatoires.

Particularités :

Tous les médecins, le médecin-adjoint, le pharmacien et le chimiste, chefs de services, au total treize personnes participent aux séances avec voix consultative. C'est un effectif trop important par rapport aux autres représentations et il semblerait normal, pour mieux équilibrer la commission, de demander à tous ces spécialistes scientifiques de déléguer deux à trois personnes qui seraient nommées pour deux ans par exemple, permettant ainsi à chacun, à tour de rôle, de représenter ses confrères.

Des sous-commissions peuvent être constituées pour l'étude d'objets particuliers.

La commission de l'hôpital de La Chaux-de-Fonds est surtout un organe consultatif, les décisions importantes appartenant au Conseil communal et plus précisément au conseiller communal chargé de ce dicastère.

2.2.3. Commission de la fondation de l'hôpital de la Providence, Neuchâtel (1)

Composition :

La commission est formée de douze membres avec voix délibérative, dont un délégué désigné par le Conseil d'Etat et un président ainsi que de trois membres avec voix consultative (2).

Le comité de direction comprend six membres avec voix délibérative, dont le vicaire épiscopal et cinq membres choisis dans la commission et immédiatement rééligibles plus trois membres avec voix consultative (2).

Nominations :

Les membres de la commission sont nommés par le vicaire épiscopal, après consultation des commissaires en fonction, en tenant compte des compétences financières, administratives et professionnelles des candidats. Il s'agit donc d'une institution catholique romaine dans laquelle les nominations sont faites par cooptation. La commission élit, pour une durée de quatre ans, le comité de direction. Le vicaire épiscopal en fait partie de droit.

Attributions :

Il existe donc deux organes, à savoir : la commission et le comité de direction. La commission ne se réunit qu'une seule fois par année, sur convocation du comité de direction. Ses attributions consistent à examiner et voter le budget et les comptes annuels, ainsi qu'à prendre les mesures importantes utiles au développement de l'hôpital.

(1) Informations extraites des statuts de l'hôpital.

(2) Un médecin-chef, la mère supérieure et l'adjointe à cette dernière.

Le comité de direction, par contre, se réunit aussi souvent que les affaires l'exigent et est responsable de la gestion de l'hôpital. Il soumet les comptes annuels et le budget à la commission et au service cantonal de la santé publique, après en avoir confié le contrôle à un office fiduciaire.

Ses autres attributions sont :

- nominations du directeur, du médecin-chef, des médecins-chefs de services et de tous les autres médecins, y compris les médecins spécialistes autorisés à pratiquer dans l'établissement. A ce propos, signalons que cet hôpital est proche d'une clinique privée générale car il comptait, par exemple en 1979, une quinzaine de spécialistes ;
- présentation à la commission de projets de nouveaux services, transformations, agrandissements, achats et ventes immobiliers ;
- autorisations pour la création d'institutions (écoles d'aides-hospitalières, crèches, société des amis de l'hôpital, etc.) favorisant le développement de l'établissement ;
- préparation des règlements nécessaires à la bonne marche de l'hôpital.

2.2.4. Comité de la fondation de l'hôpital du Locle (1)

Composition :

Le comité est formé de quinze membres avec voix délibérative (2) et de onze membres avec voix consultative (3).

(1) D'après les statuts du 7 mars 1980.

(2) dont un président, un vice-président, un secrétaire et deux assesseurs.

(3) soit deux conseillers communaux du Locle, deux représentants du personnel (syndiqués V.P.O.D.), un représentant des communes du district du Locle, un suppléant, trois médecins-chefs, l'administrateur et l'infirmier (ère)-chef de l'établissement plus dans des cas particuliers, un représentant des médecins de la ville, un délégué du service cantonal de la santé publique et d'autres personnes venant des milieux intéressés à l'hôpital.

Le bureau comprend cinq membres avec voix délibérative (1) et sept membres avec voix consultative (2).

Nominations :

Les membres sont nommés pour quatre ans, au début de chaque législature communale, par le Conseil général du Locle, selon le système proportionnel calculé sur la base de la répartition des sièges au législatif communal. Deux vérificateurs de comptes et deux suppléants, choisis en dehors du comité, sont nommés par le Conseil général. Leur mandat est échu à la fin de la législature communale. Ils peuvent être réélus.

Attributions :

Cette fondation est placée sous la surveillance du Conseil communal du Locle qui l'exerce par deux délégués avec voix consultative, auprès du comité et du bureau. Les fonctions du comité et du bureau sont sensiblement les mêmes qu'à La Chaux-de-Fonds. On pourra simplement ajouter pour le comité :

- adopter la dotation en personnel, l'échelle des traitements et la classification des fonctions;
- voter les dépenses non prévues dans le budget, supérieures à fr. 15.000.--;
- adopter tous règlements.

Pour le bureau :

- gérer les biens de la fondation ;
- voter les dépenses non prévues au budget, supérieures à fr. 5.000.-- et inférieures à fr. 15.000.--;

-
- (1) dont un président, un vice-président, un secrétaire et deux assesseurs .
 - (2) soit deux conseillers communaux du Locle, trois médecins-chefs, l'administrateur et l'infirmier (ère)-chef de l'hôpital.

- décider d'utiliser la réserve, constituée par les dons et legs, dans l'intérêt des patients et dans la mesure où la volonté des donateurs ne s'y oppose pas, pour procéder à des amortissements. Le comité est également compétent.

Ce dernier se réunit sur convocation du président ou du bureau ou encore à la demande de quatre membres du comité, selon les besoins, toutefois trois fois par année. Le bureau présente régulièrement au comité un rapport verbal de son activité. Il est convoqué par le président ou à la demande de deux de ses membres, selon les nécessités, mais au minimum six fois par année.

Particularités :

Le déficit éventuel d'un exercice est couvert par la commune du Locle. Ainsi, l'hôpital se rapproche beaucoup d'un service communal et ceci d'autant plus que les membres de la commission sont nommés par le Conseil général. Pourtant, au contraire de ce qui se passe à La Chaux-de-Fonds, le président de la commission n'est pas conseiller communal et les deux délégués de l'autorité exécutive locloise ne siègent qu'avec voix consultative.

2.2.5. Commission générale de la fondation de l'hôpital du Val-de-Ruz, Landeyeux (1)

Composition et nominations :

La commission générale est composée d'un conseiller communal et d'un conseiller général par commune du Val-de-Ruz, soit de trente-deux membres pour seize communes, plus un membre représentant la famille d'Armand-Frédéric de Perregaux,

(1) D'après les statuts de l'hôpital, du 6 mai 1950.

fondateur de l'hôpital, devant porter le nom patronymique. En cas d'extinction de la famille de Perregaux dans sa descendance mâle, le siège ne sera pas repourvu.

Les Conseils généraux ou Assemblées de communes sont compétents pour désigner leurs représentants au début de chaque période administrative de quatre ans. Le président, le vice-président et le secrétaire, choisis parmi les membres de la commission générale, doivent venir de communes différentes du Val-de-Ruz et forment le bureau.

Le comité administratif est composé de sept membres rééligibles, nommés pour quatre ans par la commission générale, au début de chaque période administrative. Les membres du comité sont choisis à l'intérieur ou en dehors de la commission générale. Il faut noter que le médecin de l'hôpital, l'administrateur, le pasteur de Boudevilliers (Eglise réformée neuchâtelaise) et le délégué de l'Etat (une personnalité du Val-de-Ruz) sont membres de droit du comité administratif avec voix délibérative. L'infirmier-chef et l'infirmière-chef adjointe assistent aux séances avec voix consultative.

Attributions :

Les séances ordinaires de la commission générale se tiennent deux fois l'an, au printemps et en automne. Le bureau, ou si le quart des communes en fait la demande, peut convoquer des séances supplémentaires. Les principales attributions de la commission générale sont :

- nommer trois contrôleurs des comptes et deux suppléants, en dehors des membres du comité administratif, ou en lieu et place faire appel à une société fiduciaire ;
- voter les dépenses extra-budgétaires supérieures à fr. 2.000.--, les emprunts, les achats ou ventes d'immeubles.

Les votes ne sont valables que si la majorité des communes représentées à la séance est acquise. La commission ne peut siéger valablement que si dix communes au moins sont représentées.

Le comité se réunit en principe une fois par mois et s'occupe de l'ensemble des problèmes de gestion de l'établissement.

2.2.6. Commissions administratives de l'unité hospitalière du Val-de-Travers. Hôpitaux de Fleurier et de Couvet (1)

Organisation :

Il existe au total huit organes, à savoir :

- commission générale de la fondation de l'hôpital de Fleurier, avec vingt-cinq membres au moins ;
- idem pour l'hôpital de Couvet ;
- chaque commission dispose d'un bureau de cinq membres et d'un comité administratif de sept ou neuf membres ;
- comité de gestion de l'unité hospitalière, composé de trois membres de Fleurier, trois membres de Couvet et du directeur de l'unité, fonctionnant comme président ;
- commission médicale consultative de l'hôpital de Fleurier.

Nominations et attributions :

La commission générale de l'hôpital de Fleurier est constituée par cooptation (2). Elle nomme son bureau (3)

- (1) Extraits des statuts de l'hôpital de Fleurier, du 5 octobre 1961 ; des rapports 1978, 1979 et 1980 de l'hôpital de Fleurier ; du rapport 1980 de l'hôpital de Couvet.
- (2) Un des descendants d'Edouard Vaucher-Luya, fondateur de l'hôpital et un représentant du Conseil communal de Fleurier en font partie de droit. Onze délégués des communes du Val-de-Travers siègent aussi à la commission générale ainsi qu'un observateur de l'hôpital de Couvet.
- (3) A savoir : un président, deux vice-présidents, un trésorier et un secrétaire.

et son comité administratif. Les membres de ce dernier, les médecins-chefs, la soeur-directrice et l'économe de l'établissement, s'ils ne sont pas membres de la commission générale, assistent aux séances avec voix consultative. La commission se réunit au moins une fois par an. Elle peut être convoquée en séance extraordinaire lorsque son bureau le juge nécessaire ou à la demande du tiers de ses membres. Les décisions sur des objets de l'ordre du jour ne ressortissant pas à l'administration ordinaire de l'hôpital ne sont prises valablement que si la moitié au moins des membres sont présents. Les attributions de la commission générale sont les suivantes :

- nomination du comité administratif, des vérificateurs de comptes et de la commission médicale consultative ;
- approbation des statuts, des règlements et de leurs modifications ;
- examen du rapport et des comptes annuels présentés par le comité administratif et par le trésorier ;
- gérance des capitaux et des biens.

L'administration générale de l'hôpital est confiée au comité administratif qui constitue lui-même son bureau (1). Il siège valablement si quatre de ses membres au moins sur sept sont présents et se réunit en principe une fois par mois. Les membres avec voix consultative sont les mêmes qu'à la commission générale.

La commission médicale consultative se compose des personnes suivantes :

- le président de la commission générale, s'il est médecin ;
- le président de la commission de déontologie de la SNM ;
- un professeur d'une faculté de médecine ;
- un médecin-chef d'un hôpital régional.

(1) composé d'un président, d'un vice-président et d'un secrétaire.

Ces deux derniers membres sont désignés par la commission générale. Le président de celle-ci, s'il n'est pas médecin et le président du comité administratif assistent aux séances avec voix consultative.

Cette commission spéciale donne son préavis sur la nomination et la révocation du médecin-chef et sur toutes les questions importantes touchant le service médical de l'hôpital. Le médecin-chef peut requérir l'avis de la commission dans tous les cas où il le juge nécessaire. Il faut en outre noter que le médecin-chef est nommé pour une période de trois ans. Le délai de résiliation est de six mois avant l'échéance de la dernière année. Le contrat se renouvelle tacitement par périodes de trois ans. La limite d'âge est fixée à 65 ans.

Les membres de la commission générale de l'hôpital de Couvet sont nommés pour une durée illimitée par le ou les collègues des anciens des églises évangéliques réformées de chaque localité du district plus La Brévine.

Le comité administratif est formé de neuf membres dont sept sont nommés pour deux ans par la commission générale. Les deux autres membres (médecin-directeur et délégué du Conseil d'Etat) siègent d'office au comité.

2.2.7. Commission générale de la fondation de l'hôpital-maternité de la Béroche, St-Aubin (1)

Composition, nominations et attributions :

La commission générale est l'organe principal de la fondation. Elle compte vingt-cinq membres avec voix délibérative, élus tous les quatre ans et immédiatement rééligibles. Il existe trois catégories de représentants, ceux

(1) D'après les statuts de l'établissement, du 29 décembre 1972.

des communes (1), des "Amis de l'hôpital" et des Eglises (2). Le délégué de l'Etat, l'administrateur et les médecins-chefs participent aux séances avec voix consultative.

Les représentants des "Amis de l'hôpital" sont élus dans une assemblée convoquée spécialement à cet effet par le comité administratif dont il va être question à la page suivante.

Les membres de la commission générale de l'hôpital participent de droit à cette assemblée, ouverte à toutes les personnes majeures qui jouissent de l'exercice de leurs droits civils et qui portent intérêt à l'établissement ou lui prodiguent leurs bienfaits. L'assemblée est présidée par un membre du comité administratif. Chaque participant dispose d'une seule voix. Nul ne peut se prévaloir de représenter une communauté ou un groupement pour revendiquer une pluralité de vote. Si l'assemblée des "Amis de l'hôpital" ne parvient pas à nommer ses représentants, ceux-ci seront désignés par l'autorité de surveillance (département de Justice du canton de Neuchâtel).

(1) nommés par l'autorité législative de leur lieu de domicile

(2) Reprenons d'une manière détaillée les trois catégories de représentants :

- a) Communes : il y a deux délégués par commune pour les localités de Bevaix, Gorgier et St-Aubin-Sauges et un délégué par commune pour Montalchez, Fresens, Vaumarcus, Provence et Mutruz.
- b) "Amis de l'hôpital" : système identique au précédent. Les représentants doivent être domiciliés dans les localités mentionnées ci-dessus.
- c) Eglises : trois délégués au total, soit un désigné par la Paroisse protestante de St-Aubin, un par celle de Bevaix et un par la Paroisse catholique de la Béroche.

Le comité administratif est formé de sept membres avec voix délibérative (1). Les représentants avec voix consultative faisant partie de la commission générale siègent aussi au comité administratif ; les médecins-chefs, seulement s'ils y sont convoqués spécialement.

La direction est considérée comme une délégation de pouvoirs du comité administratif pour l'exécution des affaires courantes. Composée de l'administrateur et des trois médecins-chefs, elle se réunit en colloque, selon les nécessités. Ce dernier est placé sous la présidence de l'administrateur qui assure la liaison permanente avec le président du comité administratif. Les infirmières-chefs participent à ces séances.

Particularité :

La commission médicale consultative, semblable à celle de Fleurier, ne comprend que trois membres, soit le président de la commission de déontologie, un médecin-chef d'un hôpital régional neuchâtelois et le président de la commission scientifique de la SNM.

2.2.8. Comité directeur de l'hôpital psychiatrique cantonal de Perreux (2)

Composition et nominations :

Les cinq à sept personnes de ce comité sont nommées par le Conseil d'Etat au début de chaque période législative de quatre ans. Les critères utilisés pour choisir ces représentants ne sont pas publiés dans le règlement général de l'établissement. En 1979, il y avait cinq membres, alors qu'en

-
- (1) Six sont nommés pour quatre ans par la commission générale et un membre est délégué, pour la même période, par l'assemblée des présidents des pouvoirs exécutifs communaux intéressés.
- (2) Description d'après le règlement général de l'hôpital psychiatrique cantonal de Perreux sur Boudry, du 31 octobre 1978.

1980 on en comptait sept. Le Conseil d'Etat a par ailleurs décidé que les villes du canton ne seraient plus systématiquement représentées au sein du comité. Le médecin-chef et le directeur administratif assistent aux séances avec voix consultative. Ils peuvent se faire remplacer ou accompagner par un autre membre du personnel, d'entente avec le président de séance. Le bureau comprend le président, le vice-président et le secrétaire.

Attributions :

Le comité directeur se réunit en principe une fois par mois. Il assiste le chef du département de l'Intérieur et la direction dans la gestion de l'hôpital et veille aux intérêts de ce dernier. Le médecin-chef et le directeur administratif relèvent du comité qui statue en cas de désaccord de ces deux personnes, responsables en commun et en étroite collaboration de tous les problèmes d'intérêt général pour l'établissement. Le comité prend en outre toutes les décisions qui ne sont pas de la compétence du Conseil d'Etat ou du chef du département de l'Intérieur.

2.2.9. Commission de surveillance de la fondation de la Maison de santé de Préfargier

Composition, nominations et attributions

L'acte de fondation (1) donne tous les renseignements au sujet de la composition de la commission et du comité (2). Aujourd'hui, la situation est identique et nous avons toujours neuf personnes dans la commission de surveillance,

(1) Du 18 août 1848.

(2) Voir chiffre 1, "Historique des hôpitaux", page 18.

dont le président et le vice-président, membres de la famille de Meuron. La commission se renouvelle par cooptation. Elle tient deux séances par année. Le médecin-directeur et le directeur administratif assistent à celles-ci avec voix consultative.

Le comité de direction est présidé par le président de la commission de surveillance. Deux autres membres de cette dernière font également partie du comité. Il y a quatre à cinq séances par année auxquelles participent avec voix consultative, le médecin-directeur, le directeur administratif, le médecin sous-directeur et le directeur administratif adjoint.

La commission et le comité prennent, sans aucune restriction, toutes les décisions nécessaires au développement, à l'organisation et à la bonne marche de l'établissement, dans le cadre des dispositions cantonales en la matière.

3. Principes d'une politique hospitalière à l'échelon fédéral (1)

La commission consultative était chargée de définir les principes d'une politique hospitalière que nous classerons dans trois rubriques : forfaits, planification, subventions.

1. Forfaits

Les indemnités forfaitaires payées par les caisses-maladie et versées directement à l'hôpital pour les patients de salle commune seront basées sur les coûts déterminants (déduction des dépenses pour l'enseignement et la recherche, la formation professionnelle, les soins ambulatoires, les frais de remplacement du matériel, les intérêts et tous services non utiles aux divisions communes). Les hôpitaux se répartiront en catégories selon leur structure et d'autres critères. Le montant des forfaits dépendra des ressources de l'assurance-maladie. Il faudra arriver à un degré de couverture de 70 % des coûts moyens de chaque catégorie hospitalière, mais au maximum 80 % des coûts déterminants individuels de l'établissement. Les forfaits devront être identiques pour les membres des caisses-maladie, des assurances fédérales et pour les non assurés. Ceux versés par l'assurance-maladie pourront être réduits si le traitement a lieu, sans raison impérative, dans un hôpital de fausse catégorie. On introduira un tarif national uniforme, fondé sur le catalogue de la C.N.A./A.M.F./A.I., pour calculer les prestations médico-techniques.

La comptabilité analytique d'exploitation deviendra obligatoire. Il y aura comparaison des résultats, à l'échelon na-

(1) Commission consultative du Département fédéral de l'Intérieur chargée d'étudier les questions hospitalières. Rapport sur l'indemnisation des hôpitaux par l'assurance-maladie et les autres assurances sociales et sur la planification en matière de santé publique et dans le domaine hospitalier, du 18 mars 1975.

tional, dans les différentes catégories d'hôpitaux et création d'une commission hospitalière fédérale qui veillera à l'application des principes généraux établis par la Confédération concernant les indemnités.

2. Planification

La planification hospitalière dépendra de la compétence des cantons, des régions et du pays. Des normes en vue d'une utilisation adéquate du matériel et du personnel devront être établies selon les catégories et en tenant compte des possibilités financières.

En outre, des directives seront publiées concernant le nombre de lits :

- environ 46 pour 10.000 habitants dans les hôpitaux pour maladies aiguës
- " 16 " 10.000 " " " " psychiatriques

Les calculs sont basés sur :

a) pour les cas aigus,

- une fréquence d'hospitalisation de 1.100
- une durée de 13 jours environ
- un degré d'occupation des lits de 85 %

$$\text{Formule} \quad \frac{1.100 \times 13 \times 100}{85 \times 365} = 46 \text{ environ}$$

b) pour les cas psychiatriques,

- une fréquence d'hospitalisation de 45
- une durée de 120 jours environ
- un degré d'occupation des lits de 90 %

$$\text{Formule} \quad \frac{45 \times 120 \times 100}{90 \times 365} = 16 \text{ environ}$$

Ces normes de lits sont valables pour 1980. En 1995, on devrait enregistrer une diminution de 2 lits environ pour les maladies aiguës et aucun changement pour les cas psychiatriques.

La commission consultative demande la réduction du contingent de lits privés à disposition des médecins-chefs et le remboursement par ces derniers des frais entraînés par l'utilisation de l'infrastructure de l'hôpital à des fins privées. Les cantons procéderont, dans le cadre de communautés régionales intercantionales de planification, à la structuration de soins diversifiés, afin que l'on puisse exploiter au maximum les capacités existantes. Des directives spéciales concerneront les établissements de soins hautement spécialisés (en général hôpitaux universitaires), au sujet du traitement d'accidents et de maladies relativement rares.

Les organisations de médecins seront invitées à favoriser l'application de la planification et, en particulier, à présenter des directives pour un système approprié d'entrée des patients à l'hôpital.

En plus des autorités de planification fédérales, cantonales et régionales, il faudra intéresser également l'Institut suisse des hôpitaux (1), les commissions supracantonales et créer un Conseil suisse de la santé.

3. Subventions

Des subsides fédéraux pourront être obtenus pour des investissements de remplacement et des rénovations dans les hôpitaux pour maladies aiguës. Les établissements psychiatriques recevront les mêmes subsides, mais en plus on prendra en compte des modifications structurelles d'une certaine importance.

(1) Son siège est à Aarau et son but consiste à étudier des problèmes d'organisation hospitalière. Il a été créé en décembre 1972 par la Conférence des directeurs cantonaux de la santé, la Confédération, la VESKA, la Fédération des médecins suisses et la Croix-Rouge suisse.

4. Etude de systèmes hospitaliers

4.1. Analyse comparative des systèmes vaudois et neuchâtelois

Les divers experts désignés par l'Etat de Neuchâtel ces dernières décennies et la commission du Grand Conseil en 1975 ont renoncé à s'inspirer des solutions adoptées dans d'autres cantons, tant les systèmes sont différents (1). Parce que d'une part, les principes généraux de la législation vaudoise ne sont pas très éloignés des dispositions neuchâteloises et que d'autre part, la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public du canton de Vaud est récente (5 décembre 1978), nous tenterons d'établir certaines comparaisons.

<u>Vaud</u>	<u>Neuchâtel</u>
- Commission cantonale de planification et de financement des établissements sanitaires	- Commission cantonale d'hospitalisation
14 membres nommés pour quatre ans par le Conseil d'Etat, soit :	22 membres nommés pour quatre ans par le Conseil d'Etat, soit :
5 magistrats ou fonctionnaires cantonaux	5 magistrats ou fonctionnaires cantonaux
2 représentants de la Société de médecine	2 représentants de la Société de médecine
2 représentants de la Fédération des caisses-maladie	2 représentants de la Fédération des caisses-maladie
2 représentants des hôpitaux régionaux (2)	7 délégués des hôpitaux
2 représentants des établissements médico-sociaux	6 délégués des districts (4)
1 représentant du personnel infirmier non cantonal (3)	

(1) Voir chiffre 2.1.3., page 45.

(2) Les représentants des hôpitaux sont surtout dans les commissions de zone.

(3) La représentation du personnel est trop faible dans le canton de Vaud. Elle est inexistante dans le canton de Neuchâtel.

(4) Les représentants des districts vaudois se retrouvent dans les commissions sanitaires de zone.

Vaud

Neuchâtel

- Commissions sanitaires de zone

Pas d'équivalent

Les membres sont nommés pour quatre ans par le département de l'Intérieur et de la santé publique, sur proposition des partenaires et des préfets, après consultation des municipalités, soit :

- 2 représentants par hôpital en soins généraux de la zone
- 1 à 3 représentants des établissements médico-sociaux de la zone
- 3 médecins de la zone, dont un médecin hospitalier et un praticien indépendant
- 1 représentant du secteur psychiatrique
- 1 représentant de l'organisme médico-social vaudois, travaillant dans la zone
- 1 ou 2 préfets
- 2 représentants des communes
- 1 représentant des caisses-maladie, habitant la zone
- 1 représentant du département

- Convention vaudoise d'hospitalisation

Commission plénière, 18 membres, soit :

- 1 président, membre du Tribunal cantonal (1)
- 1 vice-président
- 4 représentants des hôpitaux régionaux
- 4 représentants des caisses-maladie
- 4 représentants de la Société de médecine
- 4 représentants de l'Etat

- Convention neuchâteloise d'hospitalisation

Commission paritaire, 12 membres, soit :

- 2 délégués de l'Etat, dont le président
- 3 délégués des caisses-maladie
- 4 délégués des hôpitaux
- 3 délégués de la Société de médecine

(1) Cette solution pourrait offrir des avantages en cas de contestations.

Vaud

Neuchâtel

Bureau de la commission plé-
nière, 9 membres, soit :

Pas d'équivalent

- 1 président qui est le vice-
président de la commission
plénière
- 2 représentants des hôpitaux
régionaux
- 2 représentants des caisses-
maladie
- 2 représentants de la Société
de médecine
- 2 représentants de l'Etat

Sous-commission de vérifica-
tion des factures, 6 membres,
soit :

Sous-commission de vérifica-
tion des factures

- 1 représentant des hôpitaux
régionaux
- 2 représentants des caisses-
maladie
- 2 représentants de la Société
de médecine
- 1 représentant de l'Etat

Le but principal des commissions de zone est de permettre la participation des communes, des représentants des hôpitaux, des médecins, aux tâches de coordination des activités sanitaires de la zone.

Les 19 hôpitaux en soins généraux, les 8 hôpitaux spécialisés et de dégagement et les 7 établissements psychiatriques, au total 34 hôpitaux sont groupés dans quatre catégories créées par la convention vaudoise d'hospitalisation, à savoir :

- I Centre hospitalier universitaire
- II Hôpitaux de zone
- III Hôpitaux régionaux et spécialisés
- IV Hôpitaux pour maladies psychiatriques et épileptiques

contre 9 unités hospitalières neuchâteloises seulement, groupées dans trois catégories (sans centre universitaire). On comprend ainsi mieux l'absolue nécessité de ces commissions de zone.

Il reste à tirer de cette analyse quelques enseignements. La commission cantonale vaudoise ne comprend que des technocrates, cadres spécialisés dans les secteurs médicaux, sociaux, hospitaliers et administratifs. Sur quatorze membres, il y a plus d'un tiers de magistrats ou de fonctionnaires cantonaux, ce qui enlève à la commission son caractère "législatif" pour en faire un simple organe de ratification des décisions du Conseil d'Etat. La base (représentants de la population et du personnel des établissements) est pratiquement négligée. La situation n'est guère plus enviable dans le canton de Neuchâtel, exception faite d'un représentant par district. Dans le canton de Vaud, les commissions sanitaires de zone représentent mieux tous les milieux. Lors de la composition des commissions, on veillera à nommer non seulement des spécialistes et des professionnels du secteur santé, mais aussi des représentants de la population régionale. Par ailleurs, on s'efforcera dans toutes les commissions d'établir un équilibre logique entre membres médecins et autres membres. On a en général trop tendance à favoriser le corps médical.

D'autres comparaisons avec le système vaudois, en particulier au sujet du calcul des subventions et des contrôles des budgets hospitaliers, seront établies dans la troisième partie de cette étude "Partage des charges financières".

4.2. Systèmes hospitaliers étrangers

Il y avait dans le monde, en 1970, 13 millions de lits d'hôpitaux, soit un lit pour 220 habitants (indice 4,5 o/oo). Voici la répartition :

Europe	10 o/oo
U.R.S.S. et Démocraties populaires	10 o/oo
U.S.A. et Canada	8 o/oo
Asie	2 o/oo
Amérique latine	3 o/oo
Afrique	2 o/oo

Dans cette statistique, un lit dans un hôpital rural d'un pays en développement compte autant qu'un lit d'un service ultra-moderne d'un hôpital des Etats-Unis, par exemple. On considère comme souhaitable, un indice lits/population de 10 o/oo, soit un lit pour cent habitants (1). Examinons maintenant rapidement l'organisation sanitaire de certains pays industrialisés (2).

Etats-Unis d'Amérique

L'Etat et les administrations locales ne possèdent que 35 % des hôpitaux généraux mais 75 % des hôpitaux psychiatriques. Tous les autres établissements sont propriété d'organisations bénévoles. Les hôpitaux généraux enregistrent une durée moyenne d'hospitalisation de huit jours seulement par malade.

Des normes de construction hospitalière sont stipulées dans les lois des différents Etats. Ces mêmes lois fixent des directives de fonctionnement des hôpitaux concernant l'hygiène,

-
- (1) Ces informations au niveau mondial sont extraites de l'ouvrage de P.-Etienne Barral : Economie de la santé, faits et chiffres, Paris, 1978.
 - (2) Les renseignements proviennent essentiellement de l'étude de Bridgman et Roemer : Législation hospitalière et systèmes hospitaliers, O.M.S., Genève, 1973.

les laboratoires, la radiologie, la dotation en personnel infirmier diplômé travaillant à plein temps, l'établissement des fiches des malades, les réunions périodiques du personnel médical, etc.

Presque tous les hôpitaux des Etats-Unis désirent obtenir un "label" de qualité. Une commission spéciale, bénévole et nationale, la "Joint Commission on Accreditation of Hospitals" (JCAH) accorde, seulement sur demande des hôpitaux, l'agrément complet (pour trois ans) ou l'agrément provisoire (pour un an) ou refuse l'agrément. Les expertises portent principalement sur le personnel médical et la tenue des dossiers des malades, considérés comme reflétant la qualité des prestations. La JCAH est composée de représentants de l' "American Hospital Association", de l' "American Medical Association", de l' "American College of Surgeons" et de l' "American College of Physicians".

Les hôpitaux du Gouvernement fédéral et ceux des Etats sont généralement dirigés par un administrateur responsable devant l'autorité supérieure, sans intervention d'une commission. Les hôpitaux généraux créés par des organismes philanthropiques, par contre, sont d'ordinaire soumis à l'autorité d'un conseil d'administration, composé de notabilités de la collectivité locale. L'administrateur désigné est rarement médecin. Il choisit tout le personnel, sauf les médecins. Aux Etats-Unis, la construction et le fonctionnement de tous les hôpitaux sont soumis de plus en plus à des normes strictes fixées dans des lois et au contrôle approfondi des pouvoirs publics, ceci malgré un régime de propriété très varié.

France

Les affaires administratives courantes sont assurées par la commission de chaque hôpital, mais les décisions importantes sont soumises à l'approbation de l'autorité départementale suprême, le préfet nommé par le gouvernement.

Il contrôle en particulier si les décisions prises sont conformes aux lois en vigueur. Il est aidé dans sa tâche par un médecin-inspecteur nommé par le Ministère des affaires sociales. Par son intermédiaire, tout le fonctionnement des hôpitaux publics et philanthropiques est soumis au contrôle du Ministère. Il faut noter ici que le système hospitalier français est dominé par le régime de la propriété publique. Le médecin-inspecteur collabore étroitement avec le directeur départemental de l'action sanitaire et sociale, lui aussi dépendant du préfet. La composition de la commission administrative de l'hôpital est fixée par la loi. Chaque municipalité n'a qu'une seule commission. Il peut donc arriver qu'elle gère plusieurs établissements. Le président est toujours le maire de la commune. Outre le président, la commission administrative des hôpitaux ruraux ne comprend que quatre membres ; huit membres dans le cas des hôpitaux généraux et douze membres pour les centres hospitaliers ou universitaires régionaux. Par exemple, la commission d'un hôpital général comprendra :

- le maire de la commune (président),
- deux membres désignés par le conseil municipal de la commune,
- un membre désigné par le conseil général du département,
- deux représentants des organismes de sécurité sociale,
- un représentant du corps médical de l'hôpital,
- un représentant du corps médical de la ville,
- une personnalité s'intéressant aux problèmes hospitaliers.

Ces cinq derniers membres sont nommés par le préfet. Le médecin hospitalier qui siège à la commission administrative est en même temps président d'une commission médicale consultative composée des principaux médecins-chefs de l'hôpital. L'administration courante de l'établissement est assurée par un directeur non médecin nommé par le Ministère. Certains hôpitaux psychiatriques, sanatoriums antituberculeux et

quelques hôpitaux généraux sont administrés directement par le conseil général du département.

La sécurité sociale qui finance une grande partie des dépenses de fonctionnement ainsi qu'environ 30 % des dépenses de construction, exerce aussi une grande influence sur le système hospitalier.

Le Ministère des affaires sociales a établi des normes qui sont applicables aux hôpitaux publics et aux hôpitaux philanthropiques qui reçoivent des indigents.

Suède

Le financement et le fonctionnement des hôpitaux dépendent des pouvoirs locaux qui appliquent des normes fixées par le Conseil national de la santé.

Le 95 % des lits relève des pouvoirs publics. Le Conseil central a déterminé les indices lits/population : 1,4 à 1,5 lit pour 1000 habitants dans les services médicaux ; 1,3 à 1,4 en chirurgie ; 0,3 lit en pédiatrie, par exemple.

Le contrôle général de l'exploitation des hôpitaux est exercé par le Conseil de comté, par l'intermédiaire du conseil sanitaire de comté, suivant la loi de 1962 sur les soins médicaux et les décrets royaux de 1963. Une commission s'occupe directement d'un hôpital ou d'un groupe d'hôpitaux relevant du Conseil de comté. La responsabilité de la gestion quotidienne est confiée à un directeur-médecin qui exerce généralement aussi des activités cliniques. Il est secondé par le secrétaire administratif de l'hôpital. Le poste de directeur est jugé très important. Son titulaire est nommé par le Conseil de la Couronne, sur recommandation du Conseil de comté qui doit choisir son candidat parmi quatre personnes proposées dans l'ordre sur une liste établie par le Conseil national de la santé.

Un comté aura au moins un hôpital général central, quelques

hôpitaux généraux plus petits non spécialisés et des hôpitaux ruraux. A mesure que les communications se développent, on ferme les moins importants des hôpitaux ruraux et les malades sont dirigés vers un hôpital général.

Les dépenses hospitalières sont couvertes en majeure partie par les impôts locaux et en faible partie par des remboursements des caisses d'assurances sociales et des versements privés.

La tendance générale va nettement dans le sens d'une organisation plus poussée du système hospitalier, accompagnée du maintien de l'équilibre entre l'autorité centrale et les responsabilités locales.

U.R.S.S.

Tous les hôpitaux appartiennent à l'Etat. Le Ministère central de la santé arrête les grandes lignes de la planification et les Ministères de la santé des républiques sont chargés du détail.

En 1964, il y avait 9,3 lits pour 1000 habitants. Toutes les républiques sont divisées en régions de un à deux millions d'habitants. La région est divisée en districts de 40.000 à 70.000 habitants. Enfin, la plus petite division, le quartier compte 4.000 à 6.000 habitants. A chacun de ces échelons se trouvent des hôpitaux d'importance correspondante.

Chaque hôpital est dirigé par un médecin-chef qui a pour fonctions, non seulement d'administrer son propre établissement, mais aussi de superviser les médecins-chefs dirigeant les hôpitaux de l'échelon inférieur au sien. Les hôpitaux des régions sont sous le contrôle du service de santé de la région ainsi que du comité exécutif du soviet de la région. Le directeur de ce service est responsable devant le ministre de la santé de la république qui relève lui-même du ministre de la santé de l'Union. Chaque hôpital est donc administré

par un médecin-chef et non par une commission administrative. Le médecin-chef peut être assisté par des commissions consultatives composées d'autres médecins et de membres du personnel hospitalier, mais lui seul prend les décisions. Il a des adjoints pour les services hospitaliers proprement dits, pour les services de consultations externes, pour les affaires financières et administratives.

Le ministre de la santé de la république nomme le médecin-chef de chaque hôpital de région qui nomme à son tour le médecin-chef de chaque hôpital de district, etc. Tous les autres membres du personnel sont nommés par le médecin-chef ou par un de ses adjoints auquel il peut déléguer ce pouvoir. Les budgets de tous les hôpitaux sont financés principalement au moyen du revenu de l'économie nationale et pour une faible part par le produit d'impôts spéciaux. Tous les médicaments, fournitures et matériel nécessaires aux hôpitaux étant fabriqués et livrés par le Ministère central de la santé, il n'y a pas de programme spécial d'achats en gros auprès de différents fabricants.

Les hôpitaux jouent un rôle très important car ils sont les centres qui assurent les services ambulatoires et à domicile en même temps que l'hospitalisation.

Malgré les normes gouvernementales, les hôpitaux disposent d'une certaine liberté d'action qui leur permet d'expérimenter des innovations. On encourage l'initiative et la responsabilité à l'échelon local, en accordant diverses récompenses et promotions lorsque les normes officielles sont améliorées.

Angleterre et Pays de Galles

Plus de 97 % des lits d'hôpitaux dépendent du Ministère de la santé à l'échelon central, mais leur administration est déléguée à 15 commissions hospitalières régionales (chacune ayant autorité sur environ 180 établissements).

La surveillance des hôpitaux est exercée dans le détail par 382 commissions de gestion qui sont à la tête d'un groupe d'hôpitaux. Le Ministère transmet aux commissions hospitalières régionales toutes les instructions sous forme de règlements et de circulaires. On a plus souvent recours à la publication de circulaires donnant des avis et des idées en matière d'administration hospitalière, mais n'ayant pas force légale.

Les membres des commissions de gestion sont choisis de manière à représenter divers groupes sociaux de la collectivité, notamment les travailleurs, les ménagères, les milieux d'affaires ainsi que les médecins et les autorités locales de la santé publique.

Les dépenses de fonctionnement des hôpitaux anglais sont couvertes en quasi-totalité par le Ministère de la santé sur les fonds du Trésor.

Bien que l'autorité, le financement et l'élaboration des normes soient du ressort des services centraux, une certaine indépendance est accordée à l'hôpital sur le plan local. Ainaï, dans les limites de leurs budgets, tous les établissements peuvent appliquer, au développement de leurs services spécialisés, des formules et conceptions nouvelles. L'esprit d'initiative et le dynamisme peuvent avoir libre cours. L'influence des organismes directeurs s'exerce surtout par la suggestion de la persuasion, plutôt que par des prescriptions officielles.

République fédérale d'Allemagne

La caractéristique principale est l'absence de loi fédérale ou nationale sur les hôpitaux. Sans base législative générale, l'administration est assurée par des autorités provinciales ou locales avec une très grande technicité. A la tête de chaque hôpital, on trouve une commission administrative. Le niveau du contrôle et le problème de la propriété des

biens hospitaliers ne sont soumis à aucune règle nationale et varient selon les cas. Les hôpitaux appartiennent à l'institution qui les a fondés, publique ou privée, laïque ou religieuse.

La composition des commissions et l'organisation de la direction sont très différentes d'une place à l'autre. On observe souvent une double direction pour chaque établissement, administrative et médicale et les deux directions sont nommées par la commission hospitalière.

Les constructions sont décidées et financées par les autorités hospitalières mais le Gouvernement fédéral doit donner son autorisation préalable. La planification à long terme est étudiée systématiquement à l'échelon des "Länder" et non à l'échelon fédéral. Il existe néanmoins un institut fédéral d'études techniques hospitalières qui sert de conseil.

5. Analyse et propositions

5.1. Pouvoir cantonal (1)

La commission cantonale d'hospitalisation et la commission paritaire sont issues de la loi de 1967 sur l'aide hospitalière et de la convention neuchâteloise d'hospitalisation. C'est donc par l'intermédiaire de ces deux organismes que l'Etat exerce son pouvoir.

Deux commissions sont-elles indispensables ?

La commission paritaire est formée de représentants de l'Etat, des caisses-maladie, des hôpitaux et des médecins, sur propositions de leurs associations respectives. La commission cantonale d'hospitalisation comprend aussi, entre autres, des membres de ces mêmes milieux.

Si l'on envisageait de grouper ces deux organismes en une seule commission, appelée "commission cantonale hospitalière", il faudrait prévoir un ordre du jour comprenant d'abord, les points réservés à l'ancienne commission d'hospitalisation et pour lesquels tous les membres avec voix délibérative auraient le droit de vote et ensuite, les points particuliers concernant les questions paritaires, où seuls trois représentants par partie à la convention pourraient voter, les décisions devant être prises à l'unanimité.

Le grand avantage de cette commission unique résiderait dans le fait que tous les intéressés auraient connaissance de l'ensemble des problèmes, sans aucune discrimination, même si pour les votes deux catégories existaient.

Rôle de la commission

Ses travaux seraient basés sur les rapports du département de l'Intérieur. La commission pourrait aussi faire appel à des experts extérieurs auxquels elle confierait des mandats précis.

(1) Voir chiffre 2.1., page 31.

Ainsi, en pleine connaissance de cause, elle pourrait prendre des décisions et non seulement, comme jusqu'ici, donner des préavis. Dans ces conditions, pour respecter les règles de la séparation des pouvoirs, la commission ne devrait plus être présidée par un conseiller d'Etat. Nous pensons que le véritable rôle d'un membre de l'exécutif n'est pas de diriger des débats à ce niveau administratif, mais bien au contraire d'assumer des responsabilités, combien plus importantes, en contrôlant l'application des lois, conventions et règlements, en assurant la surveillance des établissements et surtout en préparant la politique hospitalière future. Le chef du département de l'Intérieur assisterait donc à toutes les séances de la commission avec voix consultative lui permettant ainsi d'agir avec efficacité, dans le cadre de sa position particulière. Quant aux membres de la commission avec voix délibérative, ils auraient toute latitude d'accepter, de modifier ou de refuser, en complète indépendance, les projets présentés.

Le rapport 1975 concernant la politique hospitalière demandait plus de compétence à la commission cantonale d'hospitalisation et aussi plus de pouvoirs au Conseil d'Etat. Il allait même jusqu'à dire : "Si nécessaire, il faudra pouvoir imposer des décisions même draconiennes". Que la commission obtienne plus de compétence nous paraît normal, mais que le Conseil d'Etat jouisse de pouvoirs étendus, obtenus soit directement de la commission ou par l'intermédiaire de lois, dépasse les principes d'une saine démocratie. Quant à imposer des mesures draconiennes aux hôpitaux, il est douteux que de telles méthodes remporteraient du succès, surtout si elles s'adressaient au corps médical qui ne manquerait pas de défendre énergiquement ses positions. Les solutions efficaces aux nombreux problèmes posés par les hôpitaux devraient

être trouvées lors de larges discussions, permettant à tous les intéressés de s'exprimer et d'accepter sans contraintes les nouvelles dispositions (1).

Composition de la commission cantonale hospitalière

On a vu dans la partie historique de cet ouvrage tout l'intérêt porté depuis toujours par la population régionale à son hôpital. La remarque est particulièrement valable pour les petits établissements et les fondations. Cet attachement vivace mériterait d'être développé car il ne ferait qu'améliorer l'efficacité des hôpitaux, l'information et les relations publiques si importantes à notre époque. Pour toutes ces raisons, le nombre de délégués des districts aux séances de la commission devrait être augmenté. Si le choix des critères à utiliser pour désigner ces représentants n'était pas si compliqué, nous adopterions la solution de nommer des personnalités non rattachées à des partis politiques, mais vivement intéressées par les problèmes de santé publique. Un tel procédé offrirait l'avantage de "dépolitiser" quelque peu la gestion hospitalière et d'empêcher la formation de coalitions favorisant les manœuvres des politiciens. Des membres strictement individuels représenteraient à ce point de vue une bien meilleure garantie. Pour des questions pratiques surtout et aussi pour ne pas rompre avec les habitudes en ce domaine, nous ne voyons pas d'autres moyens que de passer par la filière des groupements politiques, en imaginant une organisation tenant compte des conditions suivantes :

- nombre maximum de neuf délégués des districts, puisque la commission comprendra encore d'autres catégories de membres et qu'il ne faudrait pas que son effectif dépasse une trentaine de commissaires avec voix délibérative ;

(1) Voir chiffre 2.1.3., page 45.

- chaque district serait représenté proportionnellement à sa population ;
- chaque parti, au niveau du district, proportionnellement à ses succès électoraux au Grand Conseil.

On pourrait donc nommer deux délégués par district, pour les trois districts les plus peuplés et un par district, pour les trois moins importants. En se basant sur la population du canton en décembre 1980, on aurait la situation suivante :

District de Neuchâtel	49.900 habitants	2 délégués
" " La Chaux-de-Fonds	38.737	" 2 "
" " Boudry	30.726	" 2 "
" du Locle	16.504	" 1 délégué
" " Val-de-Travers	11.645	" 1 "
" " Val-de-Ruz	11.208	" 1 "

Comme la commission aurait par ailleurs des représentants des directions d'hôpitaux, des administrations de caisses-maladie, des médecins et du personnel hospitalier, il serait indispensable que les délégués des districts ne proviennent pas de ces milieux, ni des autorités communales exécutives qui sont trop proches des établissements hospitaliers.

Par exemple, une solution possible consisterait à nommer les neuf députés ayant obtenu le plus de voix dans leurs districts respectifs lors des dernières élections cantonales et remplissant les exigences mentionnées plus haut.

Avant d'aborder la composition proprement dite de la commission, il nous semble intéressant de rechercher qui couvre les charges de l'ensemble des hôpitaux du canton et pour quels montants, pour vérifier si les bailleurs de fonds les plus importants sont proportionnellement représentés.

Le tableau 3 donne les renseignements détaillés pour les exercices 1978, 1979 et 1980. Comme la comptabilité des hôpitaux n'indique la provenance des paiements que pour la pension et les taxes forfaitaires (malades hospitalisés uni-

Tableau 3 Couverture des charges en 1978, 1979 et 1980 pour l'ensemble des hôpitaux du canton de Neuchâtel

	1978		1979		1980	
	fr.	‰	fr.	‰	fr.	‰
1. Pension et prestations médicales pour patients hospitalisés et ambulatoires, payées par les malades eux-mêmes	16.298.500	16,8	14.907.000	14,4	15.005.500	13,3
2. Idem, payées par les assurances fédérales	2.888.500	3,0	2.787.500	2,7	3.234.000	2,9
3. Idem, payées par les assurances accidents privées	1.056.500	1,1	1.444.500	1,4	1.503.500	1,3
4. Idem, payées par l'assistance	3.130.500	3,2	2.931.500	2,8	2.755.000	2,4
5. Taxes forfaitaires et prestations médicales pour patients hospitalisés et ambulatoires, payées par les caisses-maladie, y compris les versements pour malades privés, moins l'aide cantonale indirecte	36.362.500	37,4	39.976.500	38,5	41.905.500	37,2
6. Loyers, intérêts, prestations payées par le personnel pour nourriture et logement, cafétéria, kiosques et indemnités reçues des médecins-chefs	4.165.500	4,3	4.443.000	4,3	4.664.500	4,2
7. Aides cantonales indirecte et directe (y compris la couverture du déficit de Petreaux)	24.268.000	24,9	27.415.000	26,4	30.923.500	27,4
8. Subventions des 60 communes	3.658.000	3,8	3.978.000	3,8	5.102.500	4,5
9. Déficit à la charge de Neuchâtel	3.187.000	3,3	3.537.500	3,4	4.328.500	3,8
10. Déficit à la charge de La Chaux-de-Fonds	2.285.000	2,2	2.401.500	2,3	3.315.000	3,0
Totaux	97.300.000	100,0	103.822.000	100,0	112.737.500	100,0

quement) et qu'il n'y a aucune origine des versements pour toutes les prestations médicales des malades hospitalisés et ambulatoires (chirurgie, obstétrique, anesthésies, médicaments, pansements, radiologie, analyses, physiothérapie, etc.), il a donc été nécessaire d'établir une répartition arbitraire de ces derniers postes, au prorata de l'importance des pensions payées par les divers partenaires.

En résumé, par ordre d'importance,

les caisses-maladie supportent environ	38 % des charges,
le canton	" 26 % et
les malades eux-mêmes	" 14 %.

Ces deux dernières catégories seraient représentées à la commission cantonale hospitalière par les délégués des districts. Actuellement, les caisses-maladie ont deux représentants à la commission, mais compte tenu de leur participation aux charges hospitalières, elles devraient disposer de quatre sièges.

Voici donc les propositions de composition de la commission cantonale hospitalière, assorties de diverses dispositions offrant certains avantages par rapport à la situation actuelle (séparation des pouvoirs, représentation différenciée et partage plus large des opinions).

9 députés des différents districts (Neuchâtel, La Chaux-de-Fonds et Boudry, chacun 2 ; Le Locle, Val-de-Travers et Val-de-Ruz, chacun 1). Voir détail des conditions ci-dessus ;

9 représentants des hôpitaux (1 par hôpital ; directeur, administrateur, médecin-chef ou président de la commission administrative) ;

4 représentants de la FCNM ;

3 représentants de la SNM, dont 2 non médecins d'hôpital ;

3 représentants du personnel des hôpitaux.

28 membres au total avec voix délibérative

En outre, avec voix consultative :

- le chef du département de l'Intérieur,
- le chef administratif du service de la santé publique,
- le médecin cantonal,
- deux représentants d'autres services cantonaux concernés.

Pour les questions paritaires, chaque partie à la convention serait représentée par trois membres disposant du droit de vote (1).

Les délégués du personnel hospitalier devraient provenir d'associations et de syndicats et il serait souhaitable, pour l'établissement de contrats collectifs de travail, que la totalité des employés soit affiliée à de telles sociétés de défense d'intérêts professionnels. Les charges financières provoquées par le personnel hospitalier de tout niveau représentent le 70 % au moins du total des dépenses. De ce fait, il faudrait intéresser aux travaux de la commission, au minimum trois représentants du personnel.

Le Grand Conseil serait compétent pour nommer, d'après les propositions du Conseil d'Etat, l'ensemble des membres pour une période législative de quatre ans. Aucun membre avec voix délibérative ne pourrait siéger plus longtemps que huit années consécutives. Cette règle ne s'appliquerait pas aux trois représentants de l'Etat pour les questions paritaires.

-
- (1) A savoir :
- SNM
 - FCNM
 - ANEM (avec un représentant par catégorie d'hôpitaux, soit : centres hospitaliers principaux, hôpitaux régionaux, hôpitaux psychiatriques)
 - Etat de Neuchâtel (les trois représentants seraient : le chef du département de l'Intérieur, le chef administratif du service de la santé publique et une personne d'un autre service cantonal concerné)

La commission choisirait parmi ses membres, son président et son bureau formé de cinq commissaires environ qui prépareraient l'ordre du jour des séances plénières et liquideraient les affaires courantes.

Les attributions de la commission s'étendraient à l'ensemble de la politique hospitalière cantonale (planification, tarifs, conventions, subventions ainsi que tout problème d'ordre médical ou administratif).

5.2. Pouvoir au niveau des hôpitaux (1)

Les commissions administratives des hôpitaux doivent protéger les intérêts des malades, de la population et des établissements eux-mêmes pour leur permettre une amélioration des prestations, une gestion plus économique et un développement harmonieux correspondant aux tendances médicales et sociales les plus modernes.

A cet effet, il s'agit de généraliser la mise en oeuvre des principes suivants, dont certains sont déjà appliqués dans quelques hôpitaux du canton :

- application de règles précises pour recruter les membres des commissions;
- existence d'un pouvoir réel démontré par l'exercice du droit de vote;
- nomination de membres supplémentaires avec voix consultative;
- représentation du collège des médecins de l'hôpital par deux ou trois délégués avec voix consultative et non par l'ensemble des médecins-chefs et autres responsables de services scientifiques (pharmacie, laboratoire);

(1) Voir chiffre 2.2., page 48.

- possibilité de nommer des délégués des "Amis de l'hôpital";
- création d'une commission médicale consultative;
- limitation à huit ans au maximum de la durée des mandats des membres avec voix délibérative;
- représentation importante du personnel dans chaque commission.

Examinons maintenant les systèmes de recrutement des membres des commissions administratives. Trois fondations utilisent encore la cooptation, deux obtiennent principalement leurs membres des milieux politiques et une recrute en partie dans les milieux politiques et en partie par le truchement des "Amis de l'hôpital". Les trois hôpitaux publics s'orientent surtout vers les partis politiques.

La cooptation est-elle encore d'actualité ? Certaines fondations sont attachées à ce principe, pensant par là défendre leur indépendance. Si la cooptation ne posait aucun problème lorsque les fondations supportaient en grande partie les déficits, aujourd'hui la situation est profondément modifiée puisque les pertes d'exploitation sont entièrement couvertes par l'Etat et les communes. Il faut reconnaître toutefois l'initiative, l'effcience, les efforts et les investissements prodigués sans interruption par les fondations, souvent depuis plus d'un siècle, au profit des malades d'abord, mais aussi de la population tout entière. Très longtemps, des donateurs ont remplacé presque complètement les pouvoirs publics dans le domaine général de la santé. Toutes ces raisons sont-elles suffisantes pour conserver la cooptation, uniquement au titre de reconnaissance historique ? A ce propos, voici un extrait de la préface de la plaquette du centenaire de la Maison de santé de Préfargier, signée P. de Meuron et écrite en 1949.

"On a quelquefois critiqué la façon dont la Commission est recrutée d'après un système que la loi sur les fondations ne connaît pas, soit par cooptation. Le Tribunal fédéral appelé à se prononcer sur cette question a déclaré formellement que la volonté du fondateur devait être respectée sur ce point précis et la Commission continue à se compléter elle-même en cas de vacances."

A l'époque, on pouvait comprendre la position du Tribunal fédéral car les fondations, Préfargier en particulier, ne recevaient aucune subvention des pouvoirs publics. Qu'en serait-il aujourd'hui ? Il est difficile de répondre, toutefois une chose est certaine, la jurisprudence du Tribunal fédéral n'est pas immuable.

Pour l'instant, il faudrait trouver une solution partielle à ce problème et remplacer la cooptation par la nomination de membres non issus de la politique, en plus de ceux rattachés à un parti. Il s'agirait de personnalités s'intéressant particulièrement à la santé publique. Quels seraient les critères de candidature et de choix ? Encore une question délicate qui trouvera difficilement une réponse satisfaisante, comme d'ailleurs celle de savoir si les membres des exécutifs communaux peuvent présider les commissions des hôpitaux dont ils ont la charge journalière.

En reprenant l'idée des "Amis de l'hôpital de la Béroche" et en la transformant un peu, on arriverait à la création d'une société pour chaque hôpital, complètement indépendante, neutre au point de vue politique, groupant toutes les personnes intéressées à la santé publique, mais ne faisant pas partie du personnel d'un établissement. Le recrutement des membres de cette association s'effectuerait dans toute la population, dès l'âge de 18 ans. Le but unique serait la recherche de solutions économiques, techniques et sociales pour l'amélioration des services hospitaliers, dans des limites financières raisonnables et adaptées aux possibilités des habitants.

Des séminaires et des "tables rondes" stimuleraient l'imagination et l'activité des participants. Une fois tous les quatre ans, l'assemblée générale de l'association, sur propositions de son comité, désignerait ses candidats (es) les plus qualifiés à la commission administrative hospitalière. Si l'on songe aux faibles effectifs des membres réellement actifs des partis politiques, qui placent pourtant leurs militants dans de multiples commissions, on pourrait accorder crédit aux sociétés des "Amis de l'hôpital", même si elles ne comptaient chacune qu'une centaine de membres. Pour débiter, une proportion de deux tiers de délégués des partis et un tiers des "Amis de l'hôpital" nous semblerait équitable dans chaque commission administrative. La voie serait ainsi ouverte à de nouveaux milieux et suivant les résultats de l'expérience, on pourrait poursuivre dans les mêmes proportions, donner de l'extension ou abandonner cette représentation particulière.

Tenant compte des éléments retenus et des remarques qui précèdent, voici comment pourrait se présenter une commission administrative hospitalière.

Membres avec voix délibérative

12 membres issus des partis politiques représentés dans les autorités, proportionnellement aux suffrages recueillis dans le district concerné par l'hôpital, lors de la dernière élection au Grand Conseil. Les partis pourraient désigner leurs candidats (es) domiciliés dans n'importe quelle localité du district, suivant cette distribution :

	<u>Districts</u>
Unité hospitalière Cadolles-Pourtalès	Neuchâtel
Hôpital de La Chaux-de-Fonds	La Chx-de-Fds
Hôpital de la Providence	Neuchâtel
Hôpital du Locle	Le Locle
Hôpital de Landeyeux	Val-de-Ruz
Unité hospitalière du Val-de-Travers	Val-de-Travers
Hôpital de la Béroche	Boudry

12 Report

On procéderait de la même façon pour les hôpitaux psychiatriques de Perreux et Préfargier, sauf qu'il faudrait tenir compte des suffrages recueillis dans tout le canton et désigner les candidats (ea) domiciliés dans n'importe quelle localité du canton.

5 membres proposés par la société des "Amis de l'hôpital",
— remplissant les conditions indiquées plus haut.

17 membres au total avec voix délibérative

Le Conseil d'Etat, chargé des nominations, contrôlerait pour chaque commission les candidatures des dix-sept personnes. Comme par ailleurs, il n'y aurait pas de représentants des médecins non hospitaliers, des caisses-maladie et de l'Etat, on ne pourrait pas refuser des inscriptions de ces milieux qui toutefois ne devraient pas dépasser au total, cinq personnes par commission.

La présidence des fondations ne subirait aucun changement, à condition que le président en charge figure dans la liste des propositions d'un parti politique ou dans celle des "Amis de l'hôpital". Quant à la présidence des commissions des hôpitaux publics, elle reviendrait à un membre du parti politique le plus représenté à la commission.

La durée maximum des mandats serait de huit ans avec comme exception, certains présidents de comités d'hôpitaux (Préfargier par exemple), pour lesquels l'acte de fondation prévoit une durée beaucoup plus longue ou même à vie et la succession choisie dans la même famille.

Membres avec voix consultative

Par commission :

- un à trois représentants du collège des médecins et autres spécialités scientifiques (pharmacie, laboratoires, etc.).

Renouvellement tous les deux ans ;

- le directeur ou l'administrateur de l'établissement ;
- l'infirmier (e)-chef de tout l'hôpital ;
- cinq représentants au minimum provenant des principaux genres de personnel, si possible choisis dans la base et affiliés à des syndicats ou des associations. Renouvellement tous les deux ans ;
- en plus, pour les hôpitaux des Cadolles-Pourtalès, La Chaux-de-Fonds et Perreux, le conseiller communal ou conseiller d'Etat, responsable de l'hôpital et pour Le Locle, un conseiller communal.

La commission administrative jouirait de compétences très étendues, à l'exception toutefois de celles expressément réservées à la commission cantonale hospitalière, au Conseil d'Etat, au Grand Conseil et aux Conseils communaux et généraux.

Dans les hôpitaux publics, la présentation des différents points à l'ordre du jour serait l'apanage du conseiller d'Etat ou du conseiller communal responsable de l'hôpital.

Il pourrait confier la préparation des projets au directeur, à l'administrateur, à des médecins-chefs ou à d'autres chefs de services et en communiquer l'essentiel au président de la commission quelques semaines avant les séances, en même temps qu'on établirait, d'un commun accord, le texte des convocations.

Dans les fondations, le président établirait l'ordre du jour et présenterait les différents points en se basant sur les projets préparés par le directeur, l'administrateur, les médecins-chefs et d'autres chefs de services.

La commission choisirait, parmi ses commissaires, son bureau de trois à cinq membres. Les tâches principales du bureau consisteraient à liquider les affaires urgentes et de peu d'importance, à préparer les séances de la commission, à étudier préalablement les dossiers pour en établir des synthèses,

à donner des préavis au sujet des rapports, etc. Ce bureau remplacerait les comités administratifs et comités de direction des fondations.

En plus de la commission administrative, il faudrait créer une commission médicale consultative, formée notamment :

- des médecins chefs de services,
- du chimiste et du pharmacien,
- de deux à trois médecins de la ville, du district ou du canton,
- du médecin cantonal,
- d'un à deux professeurs de médecine d'un autre canton.

Cette commission ad hoc serait consultée par le président de la commission administrative pour des problèmes médicaux de tous genres et lors d'examens de candidatures de médecins-chefs ou autres spécialistes. Elle pourrait à son tour, transmettre ses idées au sujet d'une meilleure médecine hospitalière à la commission administrative qui examinerait alors la suite à donner.

En résumé, toutes ces propositions cherchent à rendre le pouvoir plus transparent, à le mettre à l'abri des structures équivoques, à permettre la participation de chacun, à empêcher la confusion entre le législatif et l'exécutif, à uniformiser et simplifier l'organisation hospitalière dans tout le canton et enfin à améliorer encore la crédibilité du système sanitaire.

D E U X I E M E P A R T I E

STRUCTURE INTERNE DES HOPITAUX

1. Introduction

Deux subdivisions principales constituent l'essentiel de cette seconde partie, à savoir :

- l'organisation interne des hôpitaux et le partage des responsabilités ;
- les facteurs importants de contrôle des coûts.

Sans nuire à la qualité des soins, il s'agit de démontrer l'utilité de faire pression sur les charges financières hospitalières, d'une part par des mesures destinées à réduire les surcapacités (dotations en lits) et d'autre part par l'organisation du travail dans les services principaux ainsi que dans les départements auxiliaires (informatique, administration, centrale d'achats, etc.).

Comme les salaires représentent une très forte proportion des dépenses totales, il est essentiel de déterminer correctement les besoins en personnel, d'où l'étude de différentes méthodes d'évaluation qui revêt une grande importance. La rémunération du corps médical et plus particulièrement celle des médecins-chefs est encore mal connue et nécessite un examen attentif en vue de lui apporter un peu de transparence.

De nombreux experts se sont préoccupés de tous ces problèmes et attribuent en priorité aux surcapacités en lits d'hôpitaux une grande part de responsabilités dans l'explosion des coûts de la santé. Quelques citations caractéristiques situeront mieux les opinions de ces spécialistes en techniques hospitalières.

"La diminution de la durée moyenne des séjours et l'augmentation du degré d'occupation des lits économisent du personnel et du matériel. Toutes les planifications en lits doivent absolument se fonder sur des estimations démographiques pour 1990-1995 qui sont jusqu'à 30 % inférieures à celles calculées dans les années 60. La question primordiale à se poser aujourd'hui est la suivante : De quelle manière une région doit-elle être équipée en lits et en possibilités de soins lorsque l'on dispose de

ressources financières et en personnel limitées ? D'après les estimations d'un médecin cantonal, on pourrait économiser un tiers des lits en maintenant l'exploitation habituelle des hôpitaux les samedis et dimanches sans interruption, comme les autres jours de la semaine." (1)

"Une diminution d'un cinquième de l'ensemble des lits hospitaliers est souhaitable en Suisse, principalement pour les raisons suivantes : plus il y a de lits, plus il y a propension à hospitaliser et tendance à prolonger les séjours, surtout lorsque les caisses-maladie n'ont pas un intérêt direct à transférer dans le secteur ambulatoire des dépenses qui actuellement sont prises fortement en charge par les pouvoirs publics à travers l'exploitation hospitalière." (2)

Avant d'engager des dépenses importantes dans les hôpitaux pour développer ou créer des services entiers, il faut savoir que ce ne sont pas uniquement les investissements dans la médecine proprement dite qui sont profitables à la santé, mais aussi ceux effectués dans d'autres domaines, comme l'environnement, les conditions de travail et d'alimentation, l'urbanisme, le mode de vie, etc. En outre, malgré l'augmentation du nombre de médecins, du personnel hospitalier en général, des installations techniques, de la consommation de médicaments et de tous les autres moyens thérapeutiques, nous ne sommes parvenus en Suisse qu'à maintenir l'état de santé de la population à peu près au même niveau qu'en 1960. La médecine curative arrive maintenant dans une phase où les rendements diminuent fortement. Les techniques sophistiquées n'apportent très souvent que de minimes améliorations de la santé. (3)

(1) Rapport sur l'indemnisation des hôpitaux et sur la planification en matière de santé publique et dans le domaine hospitalier de la Commission consultative du Département fédéral de l'Intérieur, Office fédéral des assurances sociales (1976)

(2) Pierre Gilliland : L'hospitalisation en Suisse. Statistiques 1936-1978. Quel avenir ? (1980)

(3) D'après Gerhard Kocher : Chère médecine (1979) et Pierre Gilliland, op. cit.

2. Organisation hospitalière interne et partage des responsabilités

Le bon fonctionnement et la réputation des hôpitaux dépendent en grande partie des médecins-chefs, du président de la commission et du directeur ou administrateur. Il est donc important de définir d'abord les fonctions de ces responsables, puis d'analyser les genres de relations qui existent entre eux.

Chaque hôpital se subdivise en deux grandes sections indépendantes l'une de l'autre. Il s'agit d'une part, des services médicaux (médecine interne, chirurgie, gynécologie-obstétrique, radiologie, physiothérapie, etc.) et d'autre part, des services administratifs (personnel, finances, exploitation hôtelière, technique, etc.). Ces derniers sont confiés à un directeur, directeur administratif ou administrateur, suivant les cas (1), alors que les services médicaux n'ont pas de médecin-directeur placé au-dessus des médecins-chefs responsables de chaque spécialité. La seule exception est à signaler dans les établissements psychiatriques qui disposent d'un médecin-directeur, puisque dans ces maisons il n'y a qu'une spécialité médicale.

Ainsi, dans tous les hôpitaux pour soins physiques, un seul responsable de toute la section administrative se trouve placé au même niveau hiérarchique que l'ensemble des médecins-chefs et tous dépendent du président de la commission. Si cette organisation complique passablement le travail du président, elle offre par contre aux médecins-chefs le grand avantage de l'indépendance, puisqu'ils n'ont pas à subir les directives d'un confrère qui aurait été nommé responsable de l'ensemble des services médicaux. Il convient donc maintenant d'examiner quels sont les rapports du président de la commission avec l'administrateur et les médecins-chefs.

(1) Nous l'appellerons simplement par la suite, "administrateur".

2.1. Président de la commission et administrateur

Les tâches, les responsabilités et l'indépendance de l'administrateur d'un hôpital varient en fonction des conceptions que peut avoir un président au sujet de son propre rôle. La présidence d'une commission hospitalière est toujours une activité partielle, assumée soit par un conseiller communal, responsable également d'autres dicastères, soit par une personnalité politique ou non dont la profession principale n'a absolument rien à voir avec la gestion hospitalière (industriel, commerçant, avocat, magistrat, etc.). Généralement, le président n'est pas rétribué, sauf s'il s'agit d'un conseiller communal (Neuchâtel et La Chaux-de-Fonds). Il peut donc consacrer beaucoup ou peu de temps à cette activité particulière, suivant la manière envisagée pour s'occuper des affaires et l'intérêt personnel porté à cette charge. Ainsi, l'administrateur aura une faible ou au contraire une grande indépendance. Dans les faits, il ne sera que "le premier commis de l'hôpital" ou deviendra "l'acteur principal de la gestion". En d'autres termes, l'administrateur n'aura que des pouvoirs mineurs ou pourra prendre seul des décisions importantes laissant des impacts durables. Sa crédibilité auprès des médecins-chefs, de l'infirmière-chef et des cadres en général variera sensiblement en fonction de l'étendue de ses pouvoirs. Les compétences de l'administrateur et celles du président de la commission ne sont en général pas détaillées dans le règlement de l'hôpital et dans les cahiers des charges, car dans la pratique, une foule de problèmes à résoudre sortent du cadre habituel préconisé pour la rédaction de tels documents.

2.2. Président de la commission et médecins-chefs

Le corps médical hospitalier supérieur ainsi que les scientifiques d'une manière générale (pharmaciens et chimistes) jouissent de pouvoirs très importants, non seulement dans leur propre domaine, mais aussi tacitement dans la gestion générale de l'établissement. Ce dernier avantage n'a pas de compensation au niveau des administrateurs qui ne sont ni compétents, ni autorisés à contester des décisions relevant de l'organisation médicale de l'hôpital.

Le corps médical, jouissant en fait d'un pouvoir "charismatique", sait s'unir et défendre habilement ses intérêts en séance plénière de la commission ou lors d'entrevues avec le président. Pour juger de l'influence des médecins-chefs, il suffit de savoir que d'une part, ils sont toujours consultés avant toute nomination, même lorsqu'il est question d'un chef de service administratif et que d'autre part, les dossiers de postulations pour les postes de chefs de services médicaux leur sont tous transmis. Ils ont ainsi tout loisir de choisir leur futur confrère et de préparer leurs propositions, sachant bien qu'il est plutôt rare qu'ils soient contrariés par la commission.

2.3. Organigrammes des hôpitaux

A. Dans les hôpitaux pour soins physiques, on trouve le président de la commission administrative au sommet de la pyramide. Immédiatement au-dessous, à un niveau identique, l'administrateur et les médecins-chefs. Le président est en contact permanent avec l'administrateur pour liquider les nombreuses affaires en suspens et il ne lui reste que peu de temps à consacrer aux médecins-chefs qui jouissent de ce fait d'une très grande liberté d'action. D'une manière générale, la collaboration entre médecins-chefs de services est excellente.

Elle est plus difficile avec l'administrateur, surtout lorsque les médecins-chefs sont nombreux. Il faut ajouter que les contacts sont aussi moins évidents entre personnes de formations différentes.

"D'autre part, l'administrateur dépend directement des pouvoirs politiques alors que le médecin dépend de ses pairs. Enfin, en termes économiques (rémunérations), les écarts restent importants en faveur du groupe médecin et la stratégie de la spécialisation médicale croissante permet d'échapper au contrôle des autres groupes et d'asseoir la domination du pouvoir des médecins." (1)

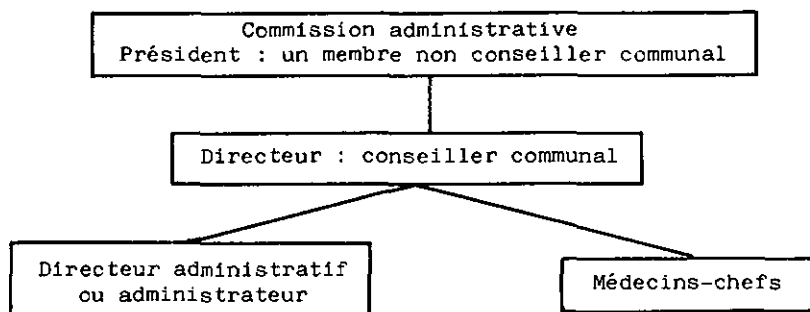
Dans les hôpitaux régionaux, étant donné le petit nombre de personnes concernées, l'organisation chaque semaine d'un colloque réunissant l'administrateur, deux ou trois médecins-chefs et l'infirmière-chef ne devrait guère poser de problèmes.

En 1982, l'hôpital de La Chaux-de-Fonds a confié le poste de directeur administratif à un médecin, par ailleurs informaticien. Comme il n'y a pas de précédent dans le canton de Neuchâtel, l'appréciation des avantages et des inconvénients d'un tel système ne pourra s'effectuer qu'après quelques années d'expériences. La fonction n'ayant subi aucune modification hiérarchique, la situation des médecins-chefs est inchangée.

Il reste à définir le statut des présidents de commissions en même temps responsables, en qualité de conseillers communaux, des centres hospitaliers principaux de Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds, rattachés à leurs dicastères. Pour nous, il

(1) D'après Levy E., Bungener M., Duménil G., Lafarge H. : Introduction à la gestion hospitalière, Paris, 1977.

n'est pas désirable que la même personne cumule des tâches appartenant à des pouvoirs différents (législatif et exécutif). Il deviendrait nécessaire de prévoir une autre organisation (1). Le nouvel organigramme pourrait donc être :



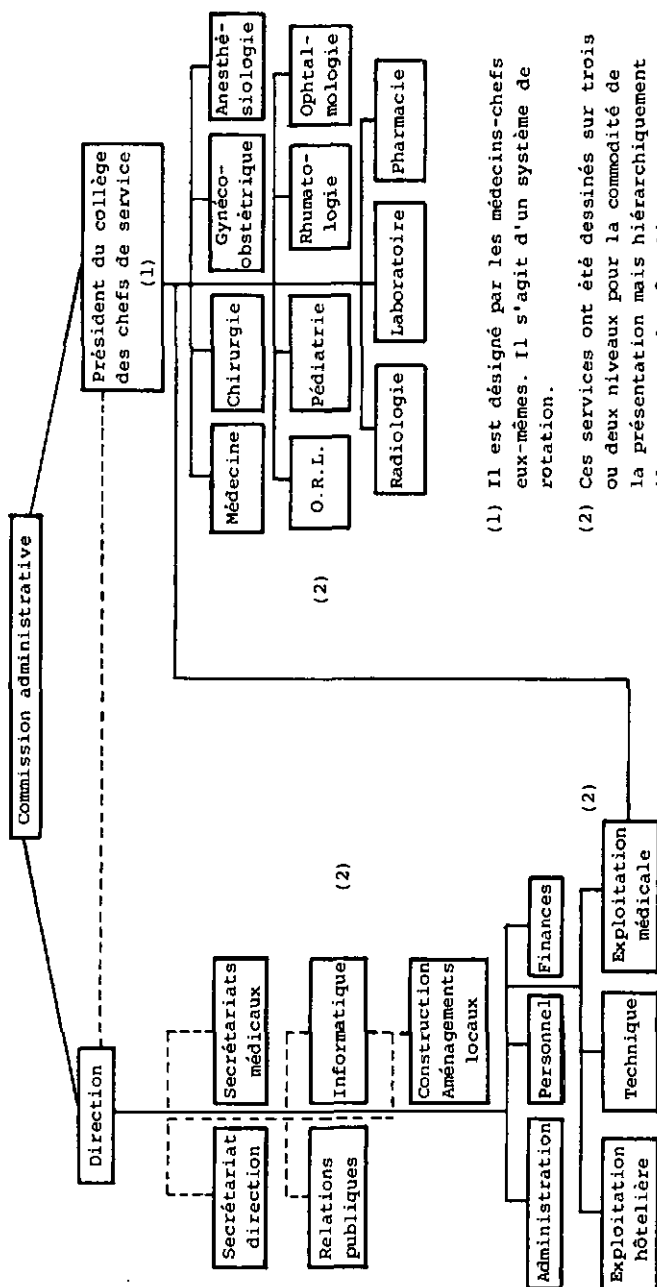
B. Dans les hôpitaux psychiatriques, le médecin-chef responsable de cette seule spécialité porte le titre de médecin-directeur. Il peut être au même niveau que l'administrateur ou placé hiérarchiquement au degré supérieur, dépendant seul du président de la commission. Dans les deux cas, les rapports médecin-directeur et administrateur sont facilités puisqu'il ne s'agit que de deux personnes occupées à plein temps à l'hôpital, pouvant donc se rencontrer à tout moment si nécessaire.

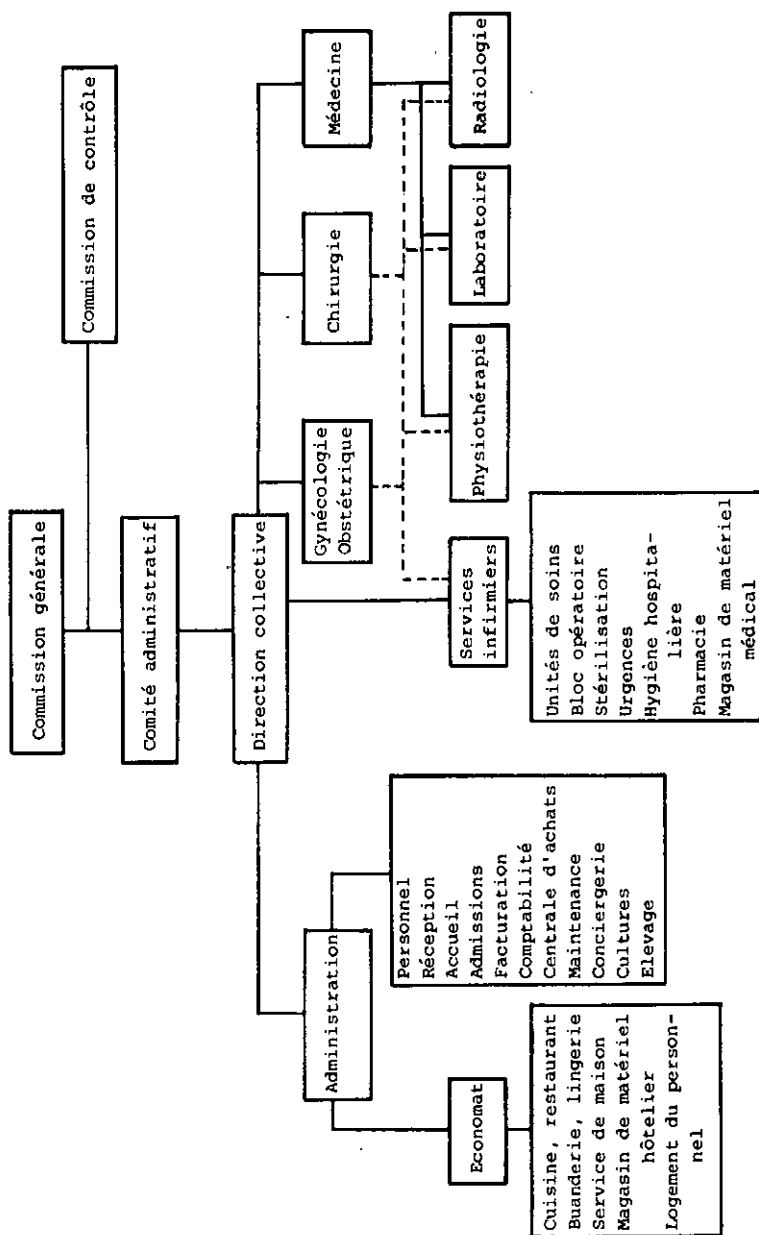
Il est intéressant, pour terminer, de prendre connaissance des organigrammes actuels d'un grand hôpital (La Chaux-de-Fonds) et d'un plus petit (la Béroche).

(1) Voir première partie, chiffre 5.2. "Pouvoir au niveau des hôpitaux, analyse et propositions", page 92.

Schéma II

Organigramme de l'hôpital de La Chaux-de-Fonds





Source : Administration de l'hôpital de la Béroche

3. Facteurs principaux de contrôle des coûts

3.1. Calcul du nombre optimum de lits

Les hôpitaux comprennent trois grands secteurs : les divisions de lits, les services généraux médicaux et les services généraux administratifs et hôteliers. Pour déterminer le genre et la grandeur de ces services généraux, il faut se baser sur les capacités en lits des établissements. Si celles-ci ont été trop généreusement calculées, il y a toujours des lits vides et donc également sous-occupation des services généraux. Comme les frais fixes représentent le 85 % environ des coûts totaux, les lits vides entraînent presque autant de charges que ceux continuellement occupés et c'est la raison pour laquelle il ne faut conserver que les lits réellement indispensables aux besoins de la population concernée par l'hôpital. Quel est ce nombre idéal ? Le Conseil d'Etat, en 1967, puis une commission du Grand Conseil, en 1975 se sont penchés sur cette question. Ces deux études feront l'objet des points A. et 8. ci-dessous, alors que notre propre proposition sera développée sous point C.

A. Rapport du Conseil d'Etat de 1967 (1)

Dans le chapitre réservé au plan d'équipement hospitalier, la norme de 112 lits par 10.000 habitants est retenue pour les cas aigus, chroniques et psychiatriques (2). Son application à la population du canton à fin 1980, de 158.720 habitants, donnerait un total de 1778 lits, alors qu'à cette même époque, on dénombrait 1975 lits à disposition des hôpitaux. Ces quinze dernières années, la situation s'est fortement modifiée et il n'est plus possible de raisonner en 1982 comme en 1967. Les séjours sont plus courts ; les soins à domi-

(1) Voir première partie, chiffre 2.1.1., page 35.

(2) D'après la "Table de Büchel".

cile mieux développés surtout du fait de l'augmentation des cabinets médicaux pouvant suivre régulièrement les patients et désirant conserver la clientèle le plus longtemps possible, n'envoyant les malades à l'hôpital qu'en cas d'absolue nécessité. En outre, les patients sont de moins en moins disposés à renoncer à la vie active et l'évolution des techniques médicales permet de ne plus les immobiliser à l'hôpital pendant des journées entières pour des soins qui ne prennent parfois que quelques minutes par jour. En partant de ce principe, on en arrive à l'hospitalisation partielle pour des cas nécessitant une présence passagère dans la division de soins ou dans un service médico-technique (1).

B. Rapport de la commission du Grand Conseil de 1975 (2)

La norme de 112 lits de l'étude précédente est ramenée à 92. Ce dernier chiffre implique probablement que les hôpitaux recevraient surtout des cas aigus. Comme d'une part, le rapport manque de précisions et que d'autre part, il est encore nécessaire de prévoir des lits pour de nombreux patients chroniques qui, dans la situation actuelle ne trouveraient pas asile ailleurs que dans les hôpitaux généraux ou psychiatriques, cette proposition n'est pas réaliste puisqu'elle aboutirait à 1460 lits seulement, soit à une diminution de 515 unités, c'est à dire à la disparition de plus du quart des lits existants

C. Notre proposition

Les normes mentionnées dans les deux rapports précédents ne donnent pas satisfaction car elles sont basées sur des appréciations subjectives générales qui ne tiennent aucun compte de la situation particulière du canton de Neuchâtel (pas

(1) P.-E. Barral : Economie de la santé, Paris, 1978.

(2) Voir première partie, chiffre 2.1.3., page 46.

d'hôpital universitaire ni cantonal pour soins physiques, manque d'établissements spécialisés pour le traitement des maladies chroniques, mais nombreux hôpitaux régionaux implantés à faible distance l'un de l'autre).

Le problème devrait être abordé d'une manière plus pratique en partant du degré d'occupation optimum de 85 %, adopté par tous les spécialistes en techniques hospitalières. En 1980, les établissements du canton n'étaient occupés en moyenne qu'à 73 % de leur capacité totale. Avec le même nombre de malades et de journées d'hospitalisation, il serait possible de passer à une occupation de 85 % en diminuant de 273 unités le chiffre actuel de lits (1), ce qui aurait pour effet de limiter l'offre puisque la demande est infinie dans le domaine de la santé publique et qu'il est utopique de la modifier. Il peut paraître paradoxal de diminuer les dépenses en soignant le même nombre de malades mais en modifiant simplement la quantité de lits. La diminution des surfaces occupées entraîne une diminution des frais fixes (chauffage, entretien, éclairage, amortissements, etc.) et permet une meilleure organisation du travail du personnel soignant et hôtelier, améliorant ainsi la productivité par la suppression des temps d'attente.

D'après les calculs faits en 1975 par la commission fédérale consultative chargée d'étudier les questions hospitalières, le passage du degré d'occupation de 73 % à 85 % provoque une diminution des coûts globaux d'environ 10 % (2).

Notre proposition peut paraître modeste, rappelons toutefois qu'elle offre l'avantage d'être réaliste. On pourrait en effet, au premier abord, s'attendre à une économie plus importante de lits, d'où la nécessité de tester les résultats, donc de

(1) Voir tableau 6, page 114.

(2) Voir tableau 4, page 110.

contrôler si les 1702 lits préconisés ici sont conformes à la norme internationale d'un lit pour cent habitants considérée généralement comme souhaitable.

$$\frac{1702 \text{ lits} \times 100}{158.720 \text{ habitants}} = 1,07 \text{ lit pour cent habitants dans le canton de Neuchâtel}$$

La norme étant respectée, il serait hasardeux d'aller plus loin pour le moment, surtout qu'il s'agit de la première tentative de réduction de lits et que l'expérience pratique manque en cette matière. Certaines difficultés surgiront, sans aucun doute, mais pourront être surmontées avec un peu d'imagination et une organisation sensiblement modifiée.

Tous nos calculs reposent sur des moyennes et ne tiennent aucun compte des périodes de pointes (par exemple, janvier à mars). Il est tout à fait possible que certains jours de ce premier trimestre très chargé, on enregistre une occupation des lits, dans des services particulièrement sollicités, de 95 % et même exceptionnellement de plus de 100 %. Ce n'est pas une raison suffisante pour renoncer à diminuer le nombre de lits. Il faut trouver des solutions à ces problèmes saisonniers. Les divisions de lits sont généralement rigidement structurées : médecine hommes, médecine femmes, chirurgie hommes, chirurgie femmes, chirurgie privée, O.R.L., gynécologie, etc. Certains médecins-chefs désirent ces barrières. Ils parlent d'ailleurs souvent ainsi : "mon service privé", "ma division hommes", "mes lits de chirurgie", etc. Avec un minimum de bonne volonté, en cas de suroccupation dans certaines divisions, il serait possible d'opérer des mutations et de trouver des solutions dans le cadre de l'hôpital même. Les cliniques privées procèdent couramment ainsi avec succès. Si ces mesures s'avéraient insuffisantes, il faudrait passer au stade suivant, soit les transferts entre hôpitaux, même en cours de traitement, pour la dernière phase facile de l'hospitalisation.

Tableau 4 Variation des frais hospitaliers
en fonction du degré d'occupation

Degré d'occupation des lits en % en raison des mesures de planification hospitalière notamment	Augmentation (+) ou diminution (-) des dépenses globales en % dans les :	
	Hôpitaux pour maladies aiguës	Cliniques psychiatriques
%	%	%
95	- 14,4	- 3,3
90	- 10,6	+ 1,4
85	- 6,4	+ 6,6
80	- 1,6	+ 12,4
75	+ 3,9	+ 19,0
70	+ 10,1	+ 26,6
65	+ 17,2	+ 35,3
60	+ 25,6	+ 45,5
55	+ 35,5	+ 57,6
50	+ 47,3	+ 72,0

Bases de calcul : années 1970 et 1972

Formule du pourcentage recherché de la variation des frais		
Part des coûts fixes en %	-	$\left(\frac{\text{Part des coûts fixes en \%}}{\text{Degré d'occupation des lits retenu}} \times \text{Degré d'occupation des lits actuel} \right)$

Source : Commission fédérale consultative chargée d'étudier les questions hospitalières. Rapport du 18 mars 1975.

Les urgences simples pourraient aussi être soignées dans les centres pendant quelques jours, puis transférées, à condition de bénéficier d'une excellente organisation du service ambulancier sur le plan cantonal.

En bref, on considérerait les sept hôpitaux généraux comme une grande unité dans laquelle il faudrait répartir judicieusement les patients, en fonction du degré de spécialisation des établissements, sans se soucier en priorité de leur domicile, ni des divisions médicales immuablement étanches. La rationalité économique n'est pas toujours compatible avec les habitudes du médecin-chef qui peut prendre la responsabilité de n'importe quel malade qui lui est confié et l'hospitaliser dans son service (maladies infectieuses et tuberculose exceptées), alors qu'il serait plus avantageux de le faire entrer dans un autre hôpital mieux équipé et moins occupé. Le cas contraire se présente également et il n'est pas rare de rencontrer des patients souffrant d'affections légères, séjournant dans des divisions réservées aux cas graves (1).

Dans tous les hôpitaux du canton, les maternités enregistrent, comme en témoigne le tableau ci-dessous, des taux d'occupation des lits très bas.

Tableau 5 Situation des maternités en 1980

Hôpitaux	Lits	Journées	Taux d'occupation %
Neuchâtel	30	7.511	68,4
La Chaux-de-Fonds	17	3.091	49,7
Le Locle	10	1.500	41,1
Landeyeux	11	1.980	49,2
Couvet	6	486	22,1
La Béroche	8	1.341	45,8
Totaux	82	15.909	53,0

Source : Directions des différents hôpitaux

(1) Voir première partie, chiffre 2.1.3., page 47.

Pour arriver à un taux d'occupation de 85 % dans ces six maternités, il faudrait supprimer :

6 lits à Neuchâtel	et il resterait	24 lits
7 " " La Chaux-de-Fonds	" " "	10 "
5 " au Locle	" " "	5 "
4 " à Landeyeux	" " "	7 "
4 " " Couvet	" " "	2 "
3 " " la Béroche	" " "	<u>5</u> "
Total		53 "

Du point de vue pratique, les problèmes posés par l'exploitation des maternités ne sont pas faciles à résoudre, surtout lorsqu'elles sont nombreuses dans un espace géographique restreint et de surcroît peu sollicitées. La solution la plus économique, mais également la moins pratique pour les régions, serait la suppression des maternités du Locle, de Landeyeux, de Couvet et de la Béroche. Il ne resterait pour tout le canton que les maternités de Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds avec un total de 53 lits au lieu de 47 comme actuellement. Quand on sait avec quel acharnement les hôpitaux régionaux, encouragés par leurs populations ont désiré ces maternités, il n'est pas pensable de les supprimer sans autre. Le fait qu'elles sont comprises dans des complexes hospitaliers peut permettre de les conserver, pour autant que le nombre de lits corresponde à un taux d'occupation de 85 %. Dans les périodes de pointes, il faudra envisager des transferts particulièrement difficiles du point de vue médical, car les parturientes et leurs bébés ne sont pas assimilables aux autres catégories de patients. Il ne s'agit pas de la seule exception, on rencontrera des complications semblables dans les services de pédiatrie (hospitalisations différentes suivant les âges des enfants), mais surtout dans les services de soins intensifs qui disposent d'installations fixes compliquées ne permettant aucun transfert, même pas d'un centre hospitalier

principal dans un autre, à cause de l'état très grave du malade intransportable.

Il faudrait donc laisser aux responsables des hôpitaux le soin de répartir judicieusement leurs lits (diminutions plus ou moins fortes suivant les services), pourvu que la dotation globale attribuée par établissement soit respectée et que les divisions privées soient touchées un peu plus fortement que les salles communes, ce qui permettrait aux médecins-chefs de consacrer plus de temps aux malades de ces dernières.

Reprenons le tableau 6. Les diminutions de lits préconisées représenteraient :

Cadolles-Pourtalès	(76)	soit deux divisions
La Chaux-de-Fonds	(74)	" " "
La Providence	(24)	" une division
Le Locle	(21)	" " "
Landeyeux	(33)	" " "
Val-de-Travers	(32)	" " "
La Béroche	(13)	" une demi-division

Il est bien entendu que pour réaliser pleinement les économies souhaitées, les hôpitaux ne devraient pas libérer un lit ici, deux là et trois ou quatre ailleurs. Il faudrait arriver, après restructuration fondamentale, à une exploitation comprenant au minimum une demi-division mais en général une, voire deux divisions de lits complètes en moins.

Les locaux devenus disponibles seraient utilisés d'abord pour des cas de gériatrie dont les dépenses dépendent d'un autre budget que celui de l'hôpital (hommes médicalisés) et ensuite, si réellement justifiées par une forte demande, pour des extensions modestes de laboratoires, de radiologie, de physiothérapie, etc., puisque la médecine fera de plus en plus appel au domaine ambulatoire remplaçant avantageusement l'hospitalisation. Des bureaux, des secrétariats, des biblio-

Tableau 6 Nombre optimum de lits dans les hôpitaux pour soins physiques, avec un degré d'occupation de 85 %

	Journées de malades en 1980	Nombre de lits à fin 1980	Nombre de journées de malades qu'il serait possible d'obtenir avec un degré d'occupation des lits de 85 %	Nombre de lits nécessaires pour les journées de malades de 1980, avec un degré d'occupation de 85 %	Diminution du nombre de lits	
					Chiffres réels	%
	(1)	(1)				
Cadolles-Portalès	106.924	420	130.662 (2)	344 (3)	76	18,1
La Chaux-de-Fonds	82.626	340	105.774	266	74	21,8
La Providence	28.040	114	35.465	90	24	21,1
Le Locle	26.722	107	33.288	86	21	19,6
Landeyeux	23.955	110	34.221	77	33	30,0
Fleurier-Couvét	31.878	134	41.687	102	32	23,9
La Béroche	14.044	58	18.044	45	13	22,4
Sous-totaux (malades aigus et chroniques)		1.283		1.010		
Perreux (4)		452		452		
Préfargier (4)		240		240		
Totaux		1.975		1.702	273	13,8

(1) Chiffres repris du tableau 1 (2) Année bissexile $\frac{420 \times 366 \times 85}{100} = 130.662$

(3) $\frac{106.924 \times 420}{130.662} = 344$ (4) Compensation possible sans modification du nombre de lits, les taux d'occupation étant respectivement de 80,86 % et 90,21 %

thèques, des salles de conférences ou autres locaux non directement liés à des augmentations de recettes et nécessitant du personnel supplémentaire devraient être exclus pour l'utilisation des surfaces devenues libres.

Le nombre actuel de lits dans les hôpitaux pour soins physiques du canton est trop élevé. La proposition tendant à répartir la suppression des 273 lits sur l'ensemble des établissements est socialement bien préférable à une diminution massive des lits dans quelques hôpitaux seulement ou à la fermeture d'hôpitaux régionaux complets.

3.2. Personnel

Il existe dans les hôpitaux de nombreuses fonctions très variées et exigeant des capacités professionnelles certainement parmi les plus élevées qu'il soit possible d'imaginer, mais aussi des activités simples demandant beaucoup de dévouement et d'effort. Nous nous attacherons plus particulièrement aux problèmes financiers posés par le personnel, en constatant que les charges salariales et sociales de l'ensemble des hôpitaux du canton étaient en 1980 de fr. 80.662.159.-- (1), soit le 71,55 % du total des dépenses atteignant fr. 112.737.394.--. Ces chiffres démontrent bien l'utilité d'étudier en priorité le secteur du personnel pour en améliorer la rentabilité.

(1) Voir tableau 7 , page 116.

Tableau 7 Dépenses pour le personnel dans l'ensemble des
hôpitaux du canton

	<u>Comptes 1980</u>	
	<u>fr.</u>	<u>%</u>
Personnel soignant (sections de soins)	29.133.486	36,12
Personnel paramédical (laboratoires, radiologie, salles d'opérations, physiothérapie, stérilisations, pharmacies, etc.)	10.335.151	12,81
Personnel hôtelier (maison, services généraux)	14.382.178	17,83
Personnel technique (maintenance)	2.500.291	3,10
Personnel administratif	<u>4.757.988</u>	<u>5,90</u>
Totaux de ces cinq postes	61.109.094	75,76
Personnel médical	<u>9.476.012</u>	<u>11,75</u>
Totaux des salaires bruts de tout le personnel	70.585.106	87,51
Honoraires des médecins payés à l'acte	1.498.836	1,86
Charges sociales (AV5/AI/APG, allocations familiales, de ménage, caisse de retraite, assurances accidents et maladie, etc.)	8.442.511	10,47
Gratifications et divers	<u>135.706</u>	<u>0,16</u>
Totaux généraux des charges salariales et sociales	80.662.159	100,00

Source : Service cantonal de la santé publique

3.2.1. Corps médical

Généralités

Il faut distinguer trois catégories :

- les médecins-chefs et médecins-chefs adjoints
- les chefs de clinique
- les médecins-assistants

Dans cette rubrique, nous ajouterons encore les pharmaciens et le chimiste qui ont également une formation universitaire.

Les comptes 1980 enregistraient pour l'ensemble des hôpitaux du canton un total de dépenses pour tous les collaborateurs mentionnés ci-dessus de fr. 10.974.848.--, y compris les honoraires des médecins rétribués à l'acte, soit 15,23 % des dépenses totales pour salaires bruts de fr. 72.083.942.--. Voici les chiffres pour chaque établissement :

Tableau 8 Comptes 1980 Charges salariales par hôpital

	Charges salariales totales brutes de l'ensemble du per- sonnel	Charges sala- riales brutes totales du personnel mé- dical	En %
	fr.	fr.	
La Chaux-de-Fonds	16.961.338	3.049.877	17,98
Cadolles-Pourtalès	24.077.532	4.054.296	16,84
La Providence	3.777.250	815.108	21,58
Le Locle	3.943.218	625.394	15,86
Landeyeux	2.557.336	386.211	15,10
Fleurier-Couvet	3.876.465	500.437	12,91
La Béroche	1.804.708	358.092	19,84
Perreux	9.780.516	760.607	7,78
Préfargier	5.305.579	424.829	8,01

Source : Service cantonal de la santé publique

On constate que les dépenses pour le corps médical sont nettement moins importantes dans les hôpitaux psychiatriques (une seule spécialité) que dans ceux pour soins physiques (nombreuses disciplines médicales). Il reste à développer notre information en subdivisant les charges salariales du corps médical en traitements fixes et en honoraires à l'acte.

Tableau 9 Comptes 1980 Salaires du corps médical

	Traitements fixes	Honoraires à l'acte	En % des traite- ments fixes
	fr.	fr.	
La Chaux-de-Fonds	3.016.516	33.361	1,11
Cadolles-Pourtalès	3.319.437	734.859	22,14
La Providence	438.001	377.107	86,10
Le Locle	570.087	55.307	9,70
Landeyeux	351.370	34.841	9,92
Fleurier-Couvet	412.492	87.945	21,32
La Béroche	182.675	175.417	96,03
Perreux	760.607	0	0
Préfargier	424.829	0	0

Source : Service cantonal de la santé publique

Systèmes de rétribution des médecins-chefs pour les soins aux malades de salles communes

Il existe deux possibilités :

- calculs basés sur l'heure de travail quotidienne annuelle, donc traitements fixes (méthode la plus répandue);
- honoraires payés à l'acte médical.

Aucun hôpital du canton ne tient compte, pour fixer les traitements annuels des médecins-chefs, d'un élément publicitaire important. En effet, au moment de la nomination d'un chef de service hospitalier et également par la suite, ce dernier jouit d'une renommée qui lui assure une nombreuse clientèle privée qu'il aurait des difficultés à obtenir sans cela, surtout maintenant en période de pléthore de confrères.

Les honoraires à l'acte sont surtout appliqués à la Béroche et à la Providence mais utilisés aussi au Val-de-Travers pour rémunérer des spécialistes. Les hôpitaux des Cadolles-Pourtales y ont recours, contrairement à La Chaux-de-Fonds, pourtant centre hospitalier de même structure.

Les chiffres qui vont suivre, comme d'ailleurs ceux qui sont indiqués dans le prochain chapitre, réservé aux honoraires privés, sont des moyennes, des minima et des maxima qui, pour des raisons de discrétion, ne sont accompagnés d'aucune indication de provenance.

A fin 1980, moyenne calculée sur six établissements, l'heure de travail quotidienne annuelle d'un médecin-chef de service se montait à fr. 17.200.--. Trois hôpitaux n'ont donné que des renseignements vagues qui ne nous permettaient pas de les inclure dans la statistique. Le salaire minimum annuel était de fr. 27.000.-- pour un spécialiste ne venant que peu de temps à l'hôpital et le maximum atteignait fr. 190.000.-- pour un médecin consacrant beaucoup de temps à son service. Pour apprécier pleinement les avantages importants offerts aux médecins-chefs par les hôpitaux, il faut aussi examiner les honoraires qu'ils facturent personnellement aux patients hospitalisés en chambres demi-privées et privées, pouvant dans certains cas atteindre des montants surprenants.

Honoraires privés

Ceux-ci sont beaucoup plus élevés en chirurgie, anesthésiologie, gynécologie-obstétrique, O.R.L., ophtalmologie, bref dans toutes les spécialités nécessitant des opérations. Ils dépendent aussi fortement du nombre de lits privés mis à disposition par l'hôpital. En médecine interne, pédiatrie, psychiatrie, etc., les revenus privés des médecins-chefs sont plus faibles, même parfois inexistants. Les hôpitaux n'ont pas connaissance des montants encaissés personnellement par les médecins-chefs concernant pourtant des malades régulièrement hospitalisés. Ils détiennent toutefois certains renseignements indirects puisqu'ils exigent une participation aux honoraires encaissés par les médecins-chefs, participation justifiée par l'assistance apportée, les frais généraux, etc. Elle représente des pourcentages variables d'un établissement à l'autre (en moyenne 20 %), basés sur le tarif hospitalier neuchâtelois 1971, alors que l'hôpital devrait recevoir le montant total qu'il obtiendrait pour un patient de salle commune. Le tarif privé appliqué est la seule inconnue puisqu'il dépend uniquement du praticien. Souvent les patients font parvenir aux caisses-maladie les notes d'honoraires de médecins concernant leurs séjours hospitaliers en service privé. Il y aurait donc là source d'informations. Il serait préférable de connaître d'une manière systématique pour chaque établissement : le nombre et genre d'interventions pratiquées en privé par chaque chirurgien et spécialiste, les honoraires qu'ils facturent pour ces opérations et les soins ainsi que le montant des factures privées établies par d'autres médecins-chefs en médecine interne ou spécialités non chirurgicales. La comptabilité financière ainsi que la comptabilité analytique d'exploitation ne séparent pas les charges et les produits en postes réservés aux services communs et aux services demi-privés et privés. En modifiant

les plans comptables, on arriverait à supprimer cette lacune et à connaître séparément les résultats financiers permettant d'établir les responsabilités dans les déficits, au lieu d'aboutir simplement à une insuffisance globale de couverture des coûts.

Devant le manque de renseignements complets et détaillés, il ne nous restait plus que la possibilité de déterminer par sondages l'importance des honoraires perçus par les médecins-chefs pour soins donnés à des patients privés hospitalisés. Cette méthode, moins précise, permet toutefois des estimations situées dans une "fourchette" acceptable.

En 1980, les honoraires médicaux bruts pour malades privés et demi-privés hospitalisés se montaient au minimum à fr. 6.000.-- pour un spécialiste en médecine interne et au maximum à fr. 166.000.-- pour un chirurgien. La moyenne se situe à fr. 95.000.-- environ. Le 90 % de l'échantillon concerne des opérations (chirurgie, gynécologie, etc.). Dans ces spécialités, la majoration par rapport au tarif hospitalier neuchâtelois 1971 (valeur du point adaptée à 1980), applicable aux patients de salle commune, est généralement de 200 % en service demi-privé et souvent encore plus forte en privé.

Voici comment se présentaient en 1980 les revenus annuels d'un médecin, chef de service hospitalier :

	<u>Minimum</u> <u>fr.</u>	<u>Maximum</u> <u>fr.</u>
- traitement annuel fixe à l'hôpital	27.000.--	190.000.--
- honoraires bruts pour patients privés hospitalisés	6.000.--	166.000.--
- honoraires pour patients privés du cabinet de consultations, mis à disposition par l'hôpital contre une modeste redevance ou installé en ville		inconnus
- honoraires pour expertises ou autres attestations		inconnus
- traitement éventuel pour un enseignement universitaire		inconnu

Travail à plein temps

On parle souvent de médecins-chefs engagés à plein temps dans des services importants de l'hôpital et le public pense qu'ils n'ont qu'une unique activité et un seul salaire, comme par exemple un fonctionnaire qui travaille de 8 h. à midi et de 14 h. à 18 h. Il n'en est rien, car la seule différence entre un médecin-chef à plein temps et un médecin-chef à temps partiel réside dans le fait que le premier a un nombre d'heures quotidiennes annuelles plus élevé que le second.

Pour un médecin-chef rétribué à l'acte, le traitement annuel fixe est remplacé par des honoraires pour chaque acte médical, d'après le tarif hospitalier neuchâtelois 1971, moins éventuellement un pourcentage variable suivant l'hôpital et pour le reste, la situation est la même que ci-dessus.

Dans notre exemple, on ne sait pas si le temps nécessaire aux hospitalisés privés est pris sur les heures quotidiennes, en principe réservées aux patients de salles communes. Pour obtenir des précisions, nous ne disposons que de quatre cahiers des charges de médecins-chefs (1). Voici en résumé les renseignements intéressants que nous pouvons en extraire. Dans le cas d'un médecin engagé à plein temps, deux à trois demi-journées lui sont réservées pour des consultations privées. Nulle part, on ne rencontre des précisions concernant la durée du travail. Il est dit seulement que le médecin-chef assume l'entière responsabilité de son service et doit consacrer la majeure partie de son temps aux malades hospitalisés en chambres communes. On peut donc en déduire qu'il est appelé à se rendre à l'hôpital à n'importe quel moment du jour et de la nuit, semaine et dimanche, uniquement pour des soins à des malades de salle commune, sauf pendant les cinq semaines de vacances annuelles payées qui lui sont accordées. Il est impossible de

(1) Ces documents sont établis d'après les directives de la commission suisse pour la médecine hospitalière.

vérifier s'il en est réellement ainsi dans la pratique, car nous ignorons quelles sont les dispositions prises pour le partage du travail avec les médecins-assistants, voire avec les chefs de clinique et les médecins-chefs adjoints.

Diversité des activités

Les médecins-chefs s'occupent, dans l'hôpital même, de la formation et du perfectionnement de collaborateurs et de personnel paramédical, ainsi que de l'organisation de colloques fréquents. A ce propos, il n'existe aucune comptabilité d'hôpital disposant de postes spéciaux relatifs aux dépenses d'enseignement et de recherche. Cette lacune fausse les résultats d'exploitation, car des frais d'instruction publique s'ajoutent aux charges courantes du traitement des malades.

Opérations en service privé

Les cahiers des charges des chirurgiens, gynécologues et autres spécialistes exécutant des opérations en service privé devraient indiquer qu'ils ont l'obligation, d'une part de renseigner leurs patients au sujet des tarifs d'interventions en salle commune (actuellement T.H. 71) et d'autre part de leur faire savoir que pour les opérations majeures, le chirurgien-chef opère aussi bien en salle commune qu'en service privé. Par contre, pour les opérations moins importantes, on a recours, en salle commune, au chef de clinique ou aux médecins-assistants, le chef du service n'intervenant qu'en secteur privé. Ainsi, en pleine connaissance de cause, le malade pourrait choisir la division répondant à ses désirs et à ses moyens financiers.

Analyses de laboratoires et examens radiologiques

Il faudrait aussi aborder, dans les cahiers des charges des médecins-chefs, le délicat problème des analyses de laboratoires et des examens radiologiques systématiques lors des

entrées à l'hôpital et en cours de séjour. Pour ne prendre qu'un exemple, le nombre des analyses biochimiques et hématologiques double en Suisse tous les cinq ans (1). Les médecins hospitaliers devraient reconnaître la valeur des examens radiologiques et de laboratoires faits en ville afin de ne pas les redemander à l'entrée des patients. Les investigations entreprises dans un hôpital ne sont pas toujours logiques ; elles découlent d'un enseignement universitaire qui vise à donner beaucoup de renseignements utiles et inutiles, souvent sans soucis des coûts et de la rentabilité (2). Un contrôle des dossiers médicaux de tous les hospitalisés est indispensable. Il devrait être effectué régulièrement par les médecins-chefs qui pourraient ainsi mettre un frein efficace aux abus.

L'administration des hôpitaux endosse une certaine responsabilité, car il existe en effet encore trop de directeurs et de comptables qui considèrent comme positive l'augmentation des postes de produits des laboratoires et du service de radiologie, indispensable d'après eux pour assurer la couverture des charges fixes provoquées par le personnel et les appareils. Ils oublient que leur établissement particulier n'est qu'un maillon de la chaîne de politique générale de santé et que le but final est de diminuer les charges pour les caisses-maladie et les collectivités publiques, voire pour les patients eux-mêmes.

Cahiers des charges des médecins-chefs

Peu d'hôpitaux en établissent. Les quelques cahiers des charges disponibles sont incomplets et mériteraient d'être développés pour aboutir à une description plus précise des fonctions et des responsabilités. Les directives qui devaient être adoptées par la conférence des directeurs cantonaux des

(1) Marti H.R., in Bulletin der Schweiz. Akademie der medizinischen Wissenschaften, Band 28/1973.

(2) Dr. Rentchnick Pierre, in "Chère médecine", 1979.

affaires sanitaires, au sujet de l'activité privée du corps médical hospitalier, annoncées par le rapport de la commission chargée de l'examen de l'ensemble de la politique hospitalière du canton, du 25 juin 1975 font toujours défaut (1).

Chefs de clinique

Ils accomplissent en général 45 heures de travail par semaine et leur traitement annuel brut, indexé au premier semestre 1981 était, dans le meilleur des cas, de fr. 64.000.-- au minimum et atteignait, après huit ans d'activité, fr. 90.000.-- environ. Le service continu par rotation, la mise de piquet ou la garde ne sont pas compensés.

Médecins-assistants

Les traitements, également indexés au premier semestre 1981 étaient, dans le meilleur des cas, de fr. 46.000.-- au minimum par an et de fr. 59.000.-- environ, après sept ans d'activité. Tous ces médecins n'ont pas d'autres revenus du travail puisqu'ils n'exercent aucune activité privée. Leurs responsabilités personnelles sont très diverses, dépendant uniquement de l'organisation particulière du service, imposée par un médecin-chef lui-même responsable de l'ensemble.

Pharmaciens et chimiste

Nous n'allons pas entrer dans les détails des fonctions des pharmaciens et du chimiste, car il s'agit pour l'ensemble des hôpitaux du canton de trois postes seulement au total (un pharmacien et un chimiste, chefs de services à La Chaux-de-Fonds et un pharmacien-chef aux Cadolles).

Nous nous permettrons toutefois une remarque à propos des pharmacies d'hôpitaux. Pour pouvoir bénéficier des prix de fabriques, les pharmacies doivent être dirigées par un pharmacien diplômé fédéral. Seuls les centres hospitaliers de

(1) Voir première partie, chiffre 2.1.3., page 48.

Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds profitent de cet important avantage. Les sept autres hôpitaux du canton s'approvisionnent dans les officines de leur région à des conditions bien moins favorables.

Si les pharmacies des deux centres hospitaliers de Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds, placées chacune sous la direction d'un pharmacien-chef, étaient transformées en centrales d'achats pour l'ensemble des établissements du canton, avec peu de frais généraux supplémentaires on pourrait réaliser d'importantes économies sur les coûts de tous les produits pharmaceutiques. Les pharmacies des hôpitaux de la Providence, la Béroche, Perreux et Préfargier tomberaient sous le contrôle et la responsabilité du pharmacien-chef des Cadolles-Pourtalès et celles du Locle, de Landeyeux et du Val-de-Travers dépendraient de La Chaux-de-Fonds.

3.2.2. Dotation en personnel soignant pour les divisions de lits

Le personnel soignant occupé dans les divisions de lits représente environ la moitié de l'ensemble des dépenses provoquées par tout le personnel hospitalier, corps médical excepté (1). Il est donc tout naturel qu'on cherche d'abord à organiser le travail d'une manière rationnelle dans ce secteur et c'est pourquoi des études ont été entreprises pour mettre au point une méthodologie destinée à calculer les besoins en personnel dans les sections de lits. Nous nous arrêterons plus particulièrement à quatre d'entre-elles.

- Rapport du 30 avril 1981 de la Maïson de santé de Préfargier (clinique psychiatrique)
- Guide pratique pour le calcul de la dotation en personnel soignant des services de malades des hôpitaux généraux (2)

(1) Voir tableau 7, page 116.

(2) Exchaquet Nicole F. et Züblin Lina, Berne, 1975
Edition : Etude des soins infirmiers en Suisse.

- Evaluation en personnel soignant pour un service de 80 lits occupés à 100 % à l'hôpital cantonal universitaire de Zurich (1)
- Recherche en organisation sanitaire et techniques de management (2)

Rapport de Préfargier

Il retient les facteurs suivants qui jouent un rôle déterminant pour le calcul des effectifs :

- structure architecturale des divisions plus ou moins adaptée aux patients soignés et à une exploitation économique ;
- qualification des personnes soignantes répondant aux exigences des postes et compétences de chacun utilisées au maximum ;
- influence du degré de dépendance des malades sur le nombre de personnes occupées à donner des soins ;
- comportements du personnel au travail et genres d'occupations constatées.

Chaque poste a été suivi durant au moins une journée par les cadres du personnel soignant et enseignant et, plus rarement, par des infirmières ou même infirmières-assistantes, en vue de connaître les temps consacrés à chaque activité des divisions de soins. Ces évaluations ont servi de base à une organisation plus rationnelle du travail aboutissant à une diminution des effectifs de personnel. Le tableau suivant donne une idée de ces résultats.

(1) Prof. Dr med. E. Haefliger et Dr med. h.c. V. Elsasser, 1973.

(2) Grundy F. et Reinke W.A., O.M.S., Genève, 1973.

Tableau 10 Répartition du temps de travail journalier
dans l'ensemble des divisions de soins de
la Maison de santé de Préfargier

	Psychiatrie aiguë	Longs séjours	Géronto psychiatrie
	%	%	%
Remise de service (1)	12	5	6
Hygiène corporelle (2)	7	19	22
Préparation et distribution de médicaments	7	5	6
Soins somatiques et traite- ments	11	8	8
Soins psychiatriques (3)	30	20	15
Repas (4)	11	15	21
Admissions, sorties, transferts	3	0	0
Travaux administratifs (5)	8	8	5
Tâches hôtelières (6)	4	8	7
Divers, disponibilité, présence infirmière, pause	7	12	10
	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>

Source : Rapport du 30 avril 1981 de la Maison de santé de
Préfargier

-
- (1) Organisation et explication du travail
 - (2) Réveil, coucher, habiller, déshabiller, toilette,
bain, coiffer
 - (3) Occupation, entretiens, loisirs, rapports avec
patients et familles
 - (4) Préparer, donner, aider, surveiller
 - (5) Cardex, ordonnances, téléphones, bons, etc.
 - (6) Réfection lits, vestiaire, lingerie, rangements divers

D'autres renseignements utiles pour fixer les effectifs se dégagent de ces observations du personnel au travail. Nous ne citerons que les principaux :

- le placement des élèves dans les différentes divisions ne donne pas pleine satisfaction;
- le temps consacré par les chefs-infirmiers pour l'administration et la planification est trop important;
- la fonction de chef de division doit être revue ;
- le grand nombre d'aides nécessaires pour pallier au manque d'infirmières diplômées pose le problème de la formation de ce personnel et de son placement le plus productif selon ses capacités ;
- d'une manière générale les tâches ne sont pas réparties de la meilleure façon pour obtenir la plus grande efficacité des fonctions.

La méthode utilisée par Préfargier est efficace et permet d'observer de très près la réalité, cas par cas, sans appliquer des normes générales de calcul des effectifs qui ne correspondent pas toujours aux particularités des hôpitaux en question. Les causes exogènes (architecture, genres de malades) sont prises en considération comme d'ailleurs les causes endogènes (exigences des postes de travail et qualités professionnelles pour les remplir).

Il serait souhaitable de confier les enquêtes non seulement à des chefs, mais dans une proportion identique, à du personnel soignant de la base qui aurait ainsi l'occasion d'analyser sa propre activité journalière dans la division et de proposer des changements dans l'organisation du travail (par exemple, formation de personnes polyvalentes pour effectuer les remplacements). Les décisions prises pour améliorer la rentabilité deviendraient aussi plus faciles à imposer puisqu'elles émaneraient de tous les milieux et pas uniquement des cadres. Il semblerait en outre judicieux d'étendre les études de postes au personnel hôtelier des divisions de malades, ce qui permettrait de déterminer les effectifs globaux nécessaires au fonctionnement de celles-ci.

Guide pratique

Il ne concerne que le personnel soignant des unités de soins générales de chirurgie, de médecine et de malades chroniques. Les services spécialisés ainsi que les divisions de soins intensifs, dont l'organisation est passablement plus compliquée, ont été laissés de côté.

Ce guide est basé sur une enquête effectuée dans 29 hôpitaux généraux suisses, de novembre 1974 à janvier 1975, d'après la répartition suivante :

5 hôpitaux universitaires			
3	"	de 500 lits et plus	
5	"	" 250 à 499 lits	
8	"	" 125 "	249 "
4	"	" 75 "	124 "
4	"	" 1 "	74 "

Les facteurs retenus pour mesurer les besoins en personnel soignant dans les divisions de lits sont principalement les suivants :

- exigences en soins dont la durée augmente en fonction de la gravité de l'état du patient ;
- rotation rapide des malades du fait du raccourcissement de la durée d'hospitalisation ;
- emploi d'un nombreux personnel étranger (difficultés de communication à cause de la langue) ;
- organisation et répartition du travail ;
- degré d'automation des services techniques, administratifs et hôteliers pouvant apporter ou non une aide indirecte à l'accomplissement de travaux multiples de l'unité de soins ;
- bonne ou mauvaise coordination entre services médicaux et infirmiers ;
- conditions architecturales (locaux, installations pratiques et rationnelles ou non).

Les buts que le guide se propose d'atteindre sont beaucoup plus d'ordre qualitatif (décharger le personnel soignant des

tâches qui ne sont pas de son ressort, individualiser les soins, structurer et organiser les divisions de malades pour obtenir un climat de travail agréable) que d'ordre quantitatif. Dans cette optique, voici donc toutes les normes nécessaires pour calculer les dotations de personnel :

- les proportions souhaitables pour les services de malades aigus sont de 55 à 70 % d'infirmières diplômées, 5 à 20 % d'infirmières-assistantes et 15 à 25 % d'auxiliaires soignantes ;
- la répartition du personnel au cours de la journée se présente ainsi : 45 à 55 % pour le matin, 35 % pour l'après-midi, 10 à 20 % pour la nuit ;
- il est déconseillé de compter les élèves en stage pour combler les besoins des services. Malheureusement, assez souvent les hôpitaux vont jusqu'à les inclure à 80 % ou même à 90 %.

Les besoins en personnel soignant se calculent, pour chaque division de malades, d'après les critères suivants :

- nombre de patients à soigner ;
- classification de ces malades en trois catégories :

a) totalement dépendants	7 % du total
b) semi-dépendants	84 % " "
c) indépendants	<u>9 %</u> " "
	100 %
- durée moyenne des soins directs prodigués en présence du malade (par malade et par 24 heures) :

a) totalement dépendant	175 minutes
b) semi-dépendant	90 "
c) indépendant	26 "
- durée moyenne des soins indirects qui couvrent l'ensemble des prestations fournies par le personnel soignant en dehors de la présence du malade (par malade et par 24 heures) : constante de 75 minutes ;

- durée moyenne des tâches hôtelières effectuées par le personnel auxiliaire soignant uniquement, donc sans tenir compte du travail fourni par le personnel domestique (par malade et par 24 heures) : constante de 60 minutes. Etant donné les progrès de l'automation dans le secteur hôtelier, il est possible de diminuer ce chiffre moyen.

Evaluation en personnel soignant à l'hôpital cantonal universitaire de Zurich

Il s'agit d'un exemple pratique de calcul de l'effectif du personnel soignant pour un service de 80 lits occupés à 100 %. La base utilisée est simplifiée à l'extrême, car on estime simplement, en moyenne, que 3 heures et 30 minutes de soins directs et indirects sont nécessaires par patient, sur une durée de 24 heures et que le genre de travail exigé nécessite l'engagement de deux tiers d'infirmières diplômées et un tiers d'aides-soignantes.

Le décompte suivant est établi :

80 patients x 365 jours = 29.200 journées de malades par an.
 29.200 journées x 3,5 heures = 102.200 heures de soins par an pour 80 malades.

D'autre part, le calcul annuel des heures de soins prodiguées par une soignante se présente ainsi :

		365 jours	
Jours fériés	10 jours		
Maladie (moyenne suivant statistique)	14 "		
Congés hebdomadaires (2 jours x 52 semaines)	104 "		
Vacances	25 "	153 "	
Travail effectif annuel		212 jours	

212 jours
 7 = 30 semaines et 2 jours x 42 heures de travail par semaine = 1.272 heures de travail effectif par an et par soignante.

102.200 heures de soins par an pour 80 malades	
1.272 heures de travail effectif par an et par soignante	=
80,3 soignantes pour ce service de 80 lits, dans la proportion de deux tiers d'infirmières diplômées	= 53,5
et un tiers d'aides soignantes	= 26,8

Comme il s'agit d'un service universitaire, ces normes sont plus élevées que dans les hôpitaux du canton de Neuchâtel. D'autre part, nous ne connaissons pas la spécialité médicale de cette division de lits zurichoise. La chirurgie, par exemple, occupe plus de soignantes qu'un service de médecine composé de malades chroniques.

Recherche en organisation sanitaire et techniques de management

Les occupations des infirmières sont divisées en cinq grandes classes :

1. Soins infirmiers généraux (travaux dans les chambres de malades plus les préparatifs pour l'administration des traitements).
2. Soins obstétricaux (travaux dans les salles d'accouchement ou autres locaux).
3. Tâches administratives (établissement des graphiques, rédaction et lecture de notes, préparation de liateas de fournitures nécessaires, etc.).
4. Communications verbales (conversations, téléphones concernant le travail, notamment lors des relèves d'équipes).
5. Temps morts (repas, déplacements et périodes d'inaction).

Il s'agit de constatations identiques à celles figurant dans l'étude de Préfargier. Ici, les catégories sont moins nombreuses et adaptées à des hôpitaux pour soins physiques uniquement.

Les soins directs aux malades comprennent trois degrés d'intensité : Patients de dépendance minimale, moyenne et totale.

Le résumé de ces quatre études nous apporte la conviction que des recherches semblables devraient être entreprises systématiquement dans tous les hôpitaux du canton. En adaptant les méthodes et les normes énumérées ci-dessus aux situations particulières de chaque établissement, on obtiendrait des dotations en personnel crédibles et utilisables sans autre par le service cantonal de la santé publique désirant disposer d'effectifs standards qui seuls seraient subventionnés.

3.2.3. Dotation en personnel pour les services médico-techniques ainsi que pour les départements hôtelliers, techniques et administratifs

Les problèmes à résoudre sont nombreux, mais non spécifiques aux seuls hôpitaux. Pour l'organisation du travail, on peut très souvent utiliser les mêmes techniques que dans l'industrie, l'hôtellerie et l'administration (laboratoires, stérilisations, pharmacies, buanderies, lingeries, repassages, cuisines, maintenance, nettoyages, travaux de bureau, correspondance, comptabilité, facturation, informatique, etc.). Il faut toutefois formuler certaines réserves concernant la radiologie, la physiothérapie, les blocs opératoires et autres spécialités médicales de ce genre dans lesquels le malade intervient directement et conditionne l'activité du service, un peu comme dans une division de lits. Il n'existe aucune étude concernant les besoins en personnel pour ces activités spéciales.

3.2.4. Conditions générales de travail pour le personnel des établissements et maisons affiliés à l'ANEM-ANEMPA (1)

Première partie : Droits et obligations des travailleurs

Il est question ici, comme dans un contrat collectif ou règlement destiné au personnel, du temps d'essai, de la résiliation, de l'obligation de garder le secret, de l'examen médical, de la durée du travail, du service régulier, du service continu par rotation, du repos quotidien, du travail supplémentaire et de nuit, du service de piquet ou de garde, des vacances, jours fériés et congés spéciaux, du salaire, des allocations et primes de fidélité, du logement et de la nourriture, des assurances, de la caisse de retraite, etc.

Nous ne trouvons que deux articles relatifs à l'organisation du travail, mais absolument rien au sujet de la participation du personnel aux décisions, de l'humanisation des tâches, du travail en groupe, de la responsabilité des groupes, des relations avec les syndicats, etc.

Revenons à ces deux articles consacrés aux devoirs des employés et aux devoirs d'entraide. D'une manière très paternaliste, on demande au personnel d'exécuter consciencieusement les tâches attribuées et de suivre les instructions des supérieurs, d'utiliser avec soin le matériel, de ne pas accepter des dons ou autres avantages, ni de travailler pour un tiers contre rémunération. Les employés doivent s'entraider et se remplacer dans leur travail, même s'ils n'en sont pas spécialement requis, sans toutefois dépasser le cadre de leurs compétences, en particulier dans le domaine des soins.

(1) Il s'agit d'un projet faisant actuellement l'objet de discussions au sein des hôpitaux et dont le but principal est l'unification dans l'ensemble du canton pour éviter la concurrence entre établissements. Il a été préparé par un groupe de travail issu de l'ANEM, de l'ANEMPA et du Service cantonal de la santé publique.

Deuxième partie : Classification des fonctions et
échelle des traitements

Il est impossible d'entrer dans tous les détails. Nous allons simplement, pour illustrer le genre de problèmes traités dans cette partie, donner deux exemples significatifs se rapportant à des fonctions courantes dans tous les hôpitaux. Une infirmière diplômée en Suisse, après trois ans d'études, devrait recevoir au minimum, d'après ce projet, un salaire annuel brut d'environ fr. 28.000.--, alors qu'à La Chaux-de-Fonds et au Locle, le 1er février 1981, on offrait fr. 32.592.-- ; aux Cadolles-Pourtalès, le 1er mars 1981, environ fr. 32.500.-- et fr. 31.000.-- environ, le 1er avril 1981, à Perreux. Dans les mêmes conditions, les hôpitaux de la Béroche, du Val-de-Travers, de Landeyeux, de la Providence et de Préfargier appliquaient des salaires inférieurs à fr. 28.000.--.

Pour une femme de chambre, le projet indique environ fr. 20.000.-- de traitement brut annuel, alors que La Chaux-de-Fonds et Le Locle offraient fr. 21.952.--, les Cadolles-Pourtalès environ fr. 22.300.-- et Perreux environ fr. 23.000.--. A la Béroche, au Val-de-Travers, à Landeyeux, à la Providence et à Préfargier, les salaires étaient inférieurs à fr. 20.000.--.

Troisième partie : Définitions des fonctions

122 fiches ont été établies et correspondent à toutes les fonctions qui existent dans les établissements du canton. Elles comportent chacune les sept rubriques suivantes :

- titre de la fonction
- âge minimum requis
- définition de la fonction
- formation
- titres et diplômes
- classe de traitement
- obligations dans le cadre de l'horaire régulier

Remarques et propositions

L'acceptation de ce projet par les hôpitaux supprimerait la concurrence entre établissements du canton à propos des salaires. Malheureusement, le recrutement du personnel dépasse largement les limites cantonales et l'attraction vers les centres, capables d'offrir de meilleures conditions, ne manquera pas de continuer à se manifester, d'autant plus que les normes du projet ne vont pas très loin, puisqu'elles sont inférieures aux traitements pratiqués à La Chaux-de-Fonds, au Locle, au complexe Cadolles-Pourtalès et à l'hôpital psychiatrique de Perreux.

Il y aura certainement encore ces prochaines années bien des améliorations à apporter en faveur du personnel pour garantir un recrutement convenable en main-d'oeuvre qualifiée surtout.

Les réelles économies ne sont réalisables qu'en rationalisant le travail, qu'en motivant mieux le personnel en lui attribuant des responsabilités à tous les niveaux et en lui permettant de participer à l'organisation des tâches, à leur humanisation par plus de variété, bref, en l'intéressant professionnellement et financièrement (avancement) à la productivité, assurant ainsi la meilleure qualité au service du malade. Actuellement, tous les hôpitaux neuchâtelois sont plus ou moins axés sur le système hiérarchique et autoritaire, la participation de la base aux décisions ainsi que la consultation systématique du personnel ne sont pas encore de règle. A l'étranger, en France plus particulièrement depuis quelques années, les directeurs d'hôpitaux sont persuadés que les travailleurs hospitaliers ne doivent plus avoir l'impression qu'ils ne sont que le rouage d'une administration dont ils connaissent mal le fonctionnement et les coûts. Ils ressentent la nécessité d'associer largement à la préparation, à l'exécution et au contrôle des décisions, tous ceux que leurs compétences et leurs attributions mettent en mesure de participer.

3.2.5. Statistiques et politique du personnel

Dans les hôpitaux suisses, il y avait en

1962	82	personnes	pour	100	lits	de	malades
1970	122	"	"	100	"	"	"
1976	177	"	"	100	"	"	"

En 14 ans, les effectifs totaux de personnel ont plus que doublé (1). De 1970 à 1976, le secteur de la santé publique augmentait le nombre de postes de travail de 25,1 % et n'était dépassé en Suisse que par les banques, atteignant 34,9 %. De nombreuses branches ont même enregistré des réductions de personnel allant de 0,2 % pour les industries chimiques à 32 % pour l'horlogerie (2).

Il est intéressant de comparer les effectifs moyens pour toutes les catégories de personnel hospitalier dans le canton de Neuchâtel et en Suisse (hôpitaux pour soins physiques et établissements psychiatriques).

(1) Revue Veska No 11/1977.

(2) D'après les statistiques de l'OFIAMT.

Tableau 11 Personnes occupées au 31 décembre 1970 pour 100 lits
d'hôpitaux (sans les établissements universitaires)

	Hôpitaux pour soins physiques		Hôpitaux psychiatriques	
	Canton de Neuchâtel	Suisse	Canton de Neuchâtel	Suisse
Médecins-chefs	3,44	2,01	0,27	0,34
Chefs de clinique, médecins-assistants	3,67	4,28	1,37	1,66
Médecins volontaires, stagiaires	1,07	0,50	-	0,03
Pharmaciens et autres universitaires	0,61	0,22	-	0,02
Personnel infirmier diplômé	22,46	23,54	16,99	13,28
Personnel infirmier assistants (es)	5,04	2,06	-	0,34
Personnel infirmier auxiliaire	13,37	11,59	4,11	4,39
Personnel en stage d'instruction	4,35	8,63	10,14	5,54
Personnel médical auxiliaire (1)	14,20	16,51	2,33	2,38
Personnel administratif	6,72	5,55	1,64	2,00
Personnel des services généraux (2)	35,60	30,61	13,15	11,29
Personnel technique de maintenance	<u>2,52</u>	<u>1,99</u>	<u>2,47</u>	<u>2,08</u>
Total du personnel de l'exploitation (3)	113,05	107,49	52,47	43,35

(1) y compris le personnel du service social et ecclésiastique

(2) soit, personnel de l'économat, des transports et du service de maison

(3) sans le personnel des exploitations annexes et des écoles

Source : Bureau fédéral de statistique

Il ressort de l'examen de ce dernier tableau que le total du personnel hospitalier pour cent lits de malades dépasse dans le canton de Neuchâtel la moyenne suisse de 5,17 % dans les hôpitaux pour soins physiques et de 21,04 % dans les établissements psychiatriques.

La politique du personnel restera conditionnée par les phénomènes suivants :

- le blocage général des effectifs n'est pas encore possible, mais des économies importantes, dans certains secteurs, sont réalisables par des études systématiques de dotation en personnel ;
- les salaires du personnel qualifié auront tendance à augmenter parce que d'une part, la demande s'intensifie pour répondre à des objectifs d'amélioration de la qualité des soins et que d'autre part, la formation de ce personnel reste stagnante au niveau quantitatif et ceci depuis de nombreuses années ;
- enfin, en reprenant les arguments de Pierre Gilliand, nous répéterons simplement que les progrès de la médecine (surtout médecine de pointe, tant convoitée par le corps médical) ; le vieillissement inéluctable de la population ; l'écoute toujours plus attentive des malades restent des facteurs importants responsables du développement des charges financières.

Il ne faut pas oublier non plus qu'une véritable politique dynamique du personnel ne peut pas produire que des économies. Ses éléments très divers entraînent des conséquences financières positives, neutres et quelquefois négatives. Il n'est que de citer :

- le calcul des effectifs nécessaires,
- l'enrichissement des tâches,
- l'étude des méthodes de formation et de promotion,
- le développement des avantages sociaux.

En guise de conclusion, il faut bien admettre que l'hôpital a pour mission principale de soigner les malades, mais aussi de donner aux travailleurs qu'il occupe la possibilité de se réaliser eux-mêmes. R. Likert, au sujet du gouvernement participatif de l'entreprise abonde dans ce sens et nous le citons :

"Pour favoriser la réussite dans toute la mesure du possible, les méthodes, notamment de direction, adoptées par une organisation doivent permettre à l'occasion de toute interaction et de toute relation au sein de l'entreprise à toute personne qui en fait partie, compte tenu de son acquis, de ses valeurs, de ses désirs et de ses aspirations, de vivre l'expérience comme une aide contribuant à créer ou à raffermir le sentiment qu'elle a de son importance et de sa valeur personnelle."

3.3. Création d'une centrale d'achats

Nous avons sélectionné huit catégories de fournitures se prêtant bien à des achats en commun et qui représentaient en 1980, pour les neuf hôpitaux, les montants suivants :

Matériel de pansement et de suture	fr.	714.884,40
Instruments, ustensiles médicaux	"	952.989.--
Films et matériel photographique	"	414.543,85
Produits alimentaires	"	5.068.280,90
Textiles	"	665.082,60
Articles ménagers	"	290.513,80
Produits de lessive et nettoyage	"	388.736,60
Combustibles	"	<u>2.103.223,60</u>

Total fr. 10.598.254,75

En admettant qu'on laisserait à chaque hôpital une liberté d'achat de 30 % de cette somme, soit fr. 3.180.000.-- environ, il resterait une obligation de s'approvisionner à raison de 70 % à la centrale d'achats, soit pour fr. 7.450.000.-- approximativement. Il est difficile d'estimer le bénéfice brut de cette opération ; nous supposons 15 %, soit fr. 1.120.000.-- environ.

Pour chaque genre d'article, la centrale solliciterait un appel d'offres au plus grand nombre possible de fournisseurs spécialisés. Un tri permettrait de sélectionner les meilleures propositions en prix et qualité. Ce travail n'est pas nouveau puisqu'il s'exécute depuis des années dans certains hôpitaux. A la centrale d'achats, il représenterait simplement des quantités plus importantes, mais offrirait l'avantage de ne se traiter qu'une fois pour l'ensemble du canton, en lieu et place d'un fractionnement dans chaque hôpital.

Nous n'ignorons pas que d'autres complications administratives surgiraient, en particulier les problèmes de transport. Ils pourraient se résoudre en demandant aux fournisseurs de livrer la marchandise directement dans les hôpitaux et d'envoyer la facture à la centrale.

Nous savons, d'autre part, que des commandes peu importantes sont passées par des hôpitaux neuchâtelois au groupement des hôpitaux régionaux vaudois qui gère une centrale d'achats, mais nous ignorons, en fonction de si petites quantités, si les prix pratiqués sont avantageux. Une seule centrale d'achats pour les deux cantons serait peut-être aussi une bonne solution à envisager.

3.4. Groupement de certaines assurances

En 1980, les montants dépensés pour l'ensemble des hôpitaux du canton étaient les suivants :

Assurance accidents du personnel	fr.	468.282,15
" maladie " "	"	316.402,56
" responsabilité civile	"	187.377.--
" immeubles	"	177.423,50
" mobilier et équipements	"	<u>81.541,65</u>
Total	fr.	1.231.026,86

Vu l'importance de ces charges, il est permis de se poser des questions. Ne serait-il pas plus avantageux que les hôpitaux du canton, voire tous les hôpitaux suisses soient leur propre assureur à moins qu'ils bénéficient, en utilisant ce moyen de pression et en groupant toutes leurs assurances, de tarifs nettement plus bas ?

3.5. Rationalisation de l'informatique et des frais administratifs

Actuellement, chaque hôpital dispose d'un ordinateur ou est sur le point d'en commander un. L'unification des langages et des programmes n'existe pas et chacun confectionne d'une manière indépendante ses propres programmes, les fait établir par un fabricant d'ordinateurs ou un bureau-service spécialisé. Les travaux à traiter sont identiques partout (comptabilités financière et analytique d'exploitation suivant des plans semblables, facturation, enregistrement des patients, établissement des mêmes statistiques médicales et administratives, enregistrement du personnel, établissement des salaires, inventaire permanent des stocks, fichiers bibliographiques, banques de données scientifiques, autres services destinés à l'organisation médicale en général, à la radiologie, aux laboratoires, etc.). Il n'existe aucun responsable de l'informatique hospitalière cantonale. Chacun travaillant dans sa petite chapelle, on peut facilement imaginer les doubles emplois, la perte de temps, l'importance des coûts.

Il n'est pas dans notre intention de prendre position pour une installation centralisée, avec terminaux dans chaque hôpital ou pour des ordinateurs indépendants, moyens dans les grands hôpitaux et des mini ou micro-ordinateurs dans les plus petits. Il n'en reste pas moins que ces problèmes

devraient être étudiés dans leur ensemble, aussi bien du point de vue du "hardware" que du "software", avec comme objectif final une économie en personnel, en machines et en fournitures (formules imprimées, matériel de bureau).

Nous citons encore Pierre Gilliand :

"La caractéristique semble le désordre des types d'installations, les matériels et les programmes n'étant pas compatibles. Des centaines de millions de francs ont été absorbés par les cinq grands hôpitaux universitaires, sans que la compatibilité de leur système informatique ait été préalablement discutée."

En 1980, on a enregistré les charges suivantes concernant l'administration des hôpitaux, calculées par journée de malade, pour permettre des comparaisons :

	Salaires	Fournitures (1)
	fr.	fr.
La Chaux-de-Fonds	17,71	3,22
Cadolles-Pourtalès	14,67	4,76
La Providence	8,27	1,63
Le Locle	8,50	1,93
Landeyeux	6,31	2,06
Fleurier-Couvet	7,89	2,65
La Béroche	9,34	2,91
Préfargier	3,62	1,22
Perreux	3,34	0,73

Comme on pouvait s'y attendre, l'administration des centres hospitaliers principaux est très coûteuse du fait de la complexité de l'organisation due aux nombreux services, aux effectifs de personnel, au volume des bâtiments, à la variété des statistiques, à la multiplicité des papiers, des contrôles

(1) matériel, imprimés, téléphone, télédiffusion, télévision
frais postaux

et des vérifications annexes. Ces complications n'existent pas dans les hôpitaux régionaux qui voient les choses plus directement. A noter encore que toutes ces charges administratives n'apportent souvent aucun avantage supplémentaire au patient, au contraire il n'en retire qu'un sentiment général d'un hôpital trop anonyme.

TROISIEME PARTIE

PARTAGE DES CHARGES FINANCIERES

1. Introduction

Cette troisième partie de l'ouvrage se divise en deux sections principales. Dans la première, on étudiera le financement par les usagers. Pour juger de la rationalité économique du système de tarification adopté par les hôpitaux neuchâtelois, on examinera si les prix pratiqués sont adaptés aux charges réelles d'exploitation. L'analyse du mode de financement des déficits hospitaliers par les collectivités publiques (canton et communes) sera présentée dans la seconde section.

Pour bien comprendre la formation des prix dans le secteur hospitalier, il faut se souvenir que le besoin de santé est inélastique comme tout besoin primaire (par exemple : alimentation) et illimité comme les besoins tertiaires (culture) et surtout que la plupart des individus sont incapables de supporter seuls les charges financières provoquées par leurs maladies. En outre, le marché se caractérise par une faible transparence, peu de concurrence, une forte réglementation (prix de vente des médicaments), l'existence de groupements d'intérêts très puissants autant du côté de la demande que de l'offre, ainsi que par les paiements indirects effectués par les caisses-maladie et les assurances-accidents (1).

Il n'est pas inutile de rappeler aussi que selon la "LAMA" (loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents), les caisses-maladie doivent, en cas de traitement hospitalier de leurs assurés, subvenir aux prestations fixées par convention entre elles et les établissements. Ces prestations obligatoires comprennent au moins le traitement médical, les médicaments et les analyses ainsi qu'une contribution aux frais d'entretien de fr. 6.-- par jour. Les frais non couverts par l'assurance de base (nourriture et hébergement) de même que ceux occasionnés par le traitement hors de

(1) D'après P.-Etienne Barral : Economie de la santé, Paris, 1978.

la salle commune (services privés) font l'objet des assurances complémentaires d'hospitalisation.

Pour les assurés de salle commune, les forfaits journaliers prévalent de plus en plus sur la tarification détaillée.

Il existe aussi des tarifs pour les patients des assurances sociales fédérales (assurance obligatoire en cas d'accidents, assurance invalidité et assurance militaire). Ils sont nettement plus élevés que les précédents (1).

Dans le canton de Neuchâtel, le financement des hôpitaux par les usagers s'effectue suivant deux systèmes, à savoir : la tarification d'après le détail des prestations et la tarification forfaitaire des cas conventionnels (2). Quant au financement par les collectivités publiques, il se subdivise en aide indirecte et en aide directe. L'aide indirecte de l'Etat consiste en un subside aux hôpitaux, versé à la centrale d'encaissement et calculé par journée de malade en salle commune des cas conventionnels uniquement. L'aide directe par contre représente des subventions du canton et des communes, payées aux hôpitaux et basées surtout sur les coûts et les déficits (3).

Enfin, il est intéressant d'indiquer que les dépenses des cantons en faveur des hôpitaux sont très variables. En 1975, elles représentaient environ fr. 200.-- par habitant dans les cantons les moins favorisés, pour atteindre au maximum fr. 1.900.-- dans les plus riches (4).

(1) D'après Gygi Pierre et Henny Heiner : Le secteur sanitaire suisse, 1976.

(2) Voir première partie, chiffre 2.1.1., "Loi de 1967 sur l'aide hospitalière" et chiffre 2.1.2., "Convention neuchâteloise d'hospitalisation", page 31 et page 41.

(3) Voir première partie, chiffre 2.1.1., "Loi de 1967 sur l'aide hospitalière", page 31.

(4) D'après Pierre Gilliand : L'hospitalisation en Suisse, 1980.

2. Financement par les usagers

Il existe deux systèmes (1). Le premier consiste à facturer chaque prestation aux usagers non conventionnels en utilisant des tarifs détaillés. Le second, qui ne concerne que les assurés conventionnels des caisses-maladie, est basé sur le principe forfaitaire. Pour comparer les tarifs avec les coûts réels, il est nécessaire de bien connaître l'organisation comptable, d'où l'utilité du prochain chapitre.

2.1. Systèmes de comptabilités utilisés dans les hôpitaux

2.1.1. Comptabilité financière

Elle est utilisée pour déterminer le budget et les comptes des exercices annuels allant du 1er novembre au 31 octobre de l'année suivante. Basée sur l'enregistrement chronologique des charges et des produits par nature, elle est tenue suivant un plan identique pour tous les hôpitaux suisses, baptisé "Plan comptable Veska 1971". Ce dernier s'inspire largement du plan comptable pour l'artisanat, l'industrie et le commerce du Prof. K. Käfer. Les autorités responsables des hôpitaux neuchâtelois adoptent les comptes et fixent les budgets d'après chaque poste détaillé de ce plan de comptabilité financière. En voici le contenu simplifié :

<u>Classes de comptes</u>		<u>Dénomination</u>
1	<u>Actif</u>	(liquidités, créances, stocks, immobilisations, etc.)
2	<u>Passif</u>	(dettes à court, moyen et long termes, fortune, etc.)

(1) Voir première partie, chiffre 2.1.1., schéma I, "Financement des dépenses hospitalières", page 38.

<u>Classes de comptes</u>	<u>Dénomination</u>
3	<u>Charges salariales</u> subdivisées par catégories de personnel (médecins, personnel soignant, hôtelier, administratif, etc.), sans tenir compte du lieu où elles se produisent dans l'hôpital (par exemple : bloc opératoire, laboratoire, radiologie, unités de soins, etc.)
4	<u>Autres charges d'exploitation par nature</u>
5	<u>Libre</u>
6	<u>Produits d'exploitation</u> triés par sortes de répondants mais seulement pour les prix de pension (malades eux-mêmes, caisses-maladie, assurances fédérales, assurances-accidents privées, etc.). Pour les autres prestations, on a créé dans chaque service médico-technique une subdivision concernant les malades hospitalisés et une autre au sujet des patients ambulatoires, sans aucune répartition par répondants et sans faire de distinctions entre salles communes et services privés.
7	<u>Charges et produits extraordinaires</u>
8	<u>Clôture</u>
9	<u>Comptes hors exploitation</u>

La comptabilité financière ou générale ne permet pas de calculer les prix de revient des prestations médicales offertes par les services médico-techniques et les unités de lits ni d'apprécier les conditions de fonctionnement et de gestion des services médicaux, hôteliers, techniques et administratifs des hôpitaux. Elle ne donne que des renseignements globaux aboutissant par exemple, au calcul du prix de revient complet d'une journée de malade, services ambulatoires inclus, obtenu très simplement en divisant l'ensemble des dépenses de

l'hôpital par le nombre total des journées d'hospitalisation. Une information de cette nature est tout à fait insuffisante et c'est la raison pour laquelle il faut compléter la comptabilité financière par une comptabilité analytique d'exploitation.

2.1.2. Comptabilité analytique d'exploitation

Ses deux buts sont :

- déterminer les prix de revient des différentes prestations hospitalières dans la perspective de l'élaboration des tarifs à facturer aux usagers ;
- estimer, analyser et comparer la gestion des hôpitaux, groupés en général par catégories d'établissements semblables.

Dans notre étude, nous nous intéresserons seulement au premier objectif, non sans signaler toutefois que le deuxième est loin de rencontrer de l'enthousiasme, car il apparaît comme un instrument de contrôle de l'administration sur les différents services hospitaliers et connaît de nombreuses difficultés de mise en oeuvre.

En Suisse, comme pour la comptabilité financière ou générale, c'est la "Veska" qui a établi en 1975, le plan de la comptabilité analytique (1).

Celle-ci repose sur un découpage de l'hôpital en sections (centres de charges et de responsabilités), au sein desquelles on distingue des centres généraux, des centres principaux et des centres d'unités finales d'imputation.

(1) En 1980, seuls les hôpitaux des Cadolles-Pourtalès, de La Chaux-de-Fonds, de la Providence et de Préfargier tenaient des comptabilités analytiques d'exploitation. Il est regrettable que pour deux de ces établissements nous n'ayons que des renseignements partiels et qu'aucune information ne puisse être obtenue des hôpitaux régionaux.

Les centres généraux représentent des départements de l'hôpital travaillant au profit des services principaux. On y rencontre la section des bâtiments, de l'administration, de la stérilisation centrale, de la pharmacie, etc.

Les centres principaux, tout comme les centres d'unités finales d'imputation produisent des services pour lesquels il est possible de calculer un coût. Par exemple : radiologie, laboratoires, salles d'opérations, divisions de lits, etc.

Les dépenses de l'hôpital concernant l'exploitation, les charges calculatoires ou supplétives (amortissements, intérêts) sont enregistrées dans la comptabilité analytique et réparties à partir de bons, de clés ou de normes dans les sections dont l'activité a provoqué ces frais. Ensuite, les totaux de chaque centre de charges général sont ventilés dans les autres sections principales et d'unités finales, selon des nombres d'unités d'oeuvre, au moyen d'un tableau de répartition des charges par cascades. Enfin, la somme obtenue dans chaque section définitive est divisée par la valeur d'un indicateur d'activité, par exemple : nombres de points, de journées d'hospitalisation ou autres indices. Ainsi, si le découpage était assez détaillé, il serait possible de connaître le coût unitaire du point dans un service médico-technique déterminé et le prix de revient d'une journée d'hospitalisation dans n'importe quelle division de lits. Pour le moment, ce n'est pas toujours le cas, comme on pourra facilement s'en rendre compte en consultant le plan général de cette comptabilité.

Plan de la comptabilité analytique 1975

Centres de charges généraux

Remarques

Bâtiments	Répartition des frais en fonction des locaux occupés par les services principaux et unités finales.
Administration	Un découpage serait souhaitable.
Economie domestique	Par exemple : service de maison, buanderie, lingerie.
Magasin central	
Services techniques	
Service des transports	
Economat	Par exemple : cuisine, restaurant du personnel.
Stérilisation centrale	
Pharmacie	
Divers	

Centres de charges principaux

Salles d'opérations
Radiologie et médecine nucléaire
Laboratoires
Physiothérapie
Thérapies diverses
Autres centres de diagnostic
Pathologie

Centres d'unités finales

Cliniques, services ou divisions de lits	Par exemple : médecine interne, chirurgie, pédiatrie (sans aucune distinction entre salles communes, services demi-privés et privés).
Services ambulatoires	

Il ne s'agit en fait que d'une comptabilité analytique d'exploitation partielle puisqu'elle ne traite que les charges, ignorant les produits correspondants et empêchant donc de dégager les pertes et bénéfices sectoriels. Les produits sont enregistrés uniquement par la comptabilité financière et suivant un découpage qui ne correspond pas toujours exactement à celui adopté pour les charges de la comptabilité analytique. D'autre part, la comptabilité analytique d'exploitation, telle qu'elle est présentée ici et appliquée dans les hôpitaux du canton, ne sépare pas les charges fixes (90 % des frais de personnel, la totalité des combustibles, primes d'assurances, frais administratifs, etc.) et les charges variables (alimentation, produits pharmaceutiques, notamment). Ainsi, suivant le degré d'occupation des services, les charges fixes sont divisées par un nombre plus ou moins grand de points, représentant l'indicateur d'activité, donc les coûts fluctuent. Ils sont élevés par point lorsque l'activité est faible et bas lorsqu'elle est forte, ceci d'autant plus que le 85 % des charges est fixe. Tant que l'activité des hôpitaux n'enregistrera que de faibles fluctuations, il sera possible de calculer les coûts et les tarifs, d'après une comptabilité analytique ne séparant pas les deux genres de charges. Les résultats n'en seront vraisemblablement que peu faussés. Il ne faut pas oublier toutefois que cette méthode comptable présente le grand inconvénient d'empêcher les bouclements intermédiaires trimestriels ou mensuels, puisque les frais fixes ne sont pas séparés et ne peuvent donc être ni budgétés, ni imputés par période (trimestre ou mois). (1)

(1) Voir aussi à propos des frais fixes et des frais variables, la rubrique 3.3.3. b), page 202.

Remarquons enfin qu'il y a plusieurs façons de calculer un coût et qu'il y a plusieurs coûts pour une même prestation. Il existe aussi différentes tendances dans l'identification des charges fixes et variables ainsi que dans l'application des principes d'imputation des frais fixes. Il en est de même du choix des clés de répartition lors de l'établissement du tableau d'attribution des charges par cascades.

2.2. Tarification et coûts d'après le détail des prestations

Ce système de tarification concerne les patients hospitalisés domiciliés hors du canton, les malades des services demi-privés (chambres à deux lits) et ceux des services privés (chambres à un lit) ainsi que tous les cas traités ambulatoirement.

2.2.1. Pension

Disposant des tarifs par journée, facturés en 1980 (1) et des prix de revient des divisions de lits, pour la même période, tirés des comptabilités analytiques d'exploitation des hôpitaux de La Chaux-de-Fonds, de Neuchâtel (Cadolles-Pourtalès, la Providence) et de Préfargier, il devient possible d'établir des comparaisons entre recettes et coûts réels. Il faut toutefois savoir que l'organisation comptable actuelle ne peut fournir que des coûts globaux moyens par journée d'hospitalisation dans les unités de soins, sans discrimination entre adultes, enfants, bébés, salles communes, services demi-privés et privés. Comme les prix de revient moyens

(1) Voir tableau 12, page 158.

Tableau 12 Prix de pension pour patients adultes, non conventionnels,
valables du 1er novembre 1979 au 31 octobre 1980.

Hôpitaux	Chambres communes			Chambres demi-privées			Chambres privées		
	Patients domiciliés			Patients domiciliés			Patients domiciliés		
	dans le canton fr. (1)	hors du canton fr.	à l'é- tranger fr.	dans le canton fr.	hors du canton fr.	à l'é- tranger fr.	dans le canton fr.	hors du canton fr.	à l'é- tranger fr.
La Chaux-de-Fonds et Cadolles-Pourtalès	78	146	173	103	165	179	116	179	195
La Providence et Le Locle	71	94	101	92	109	113	103	127	130
Landeyeux, Fleurier Couvét, La Béroche	64	81	92	80	96	97	89	108	109
Perreux	73	95	101	100	114	120	119	134	140
Préfargier	73	92	103	92	à	110	94	à	176

Taxes réduites de fr. 5.-- pour les enfants

Bébés à la maternité : chambres communes fr. 19.--
chambres 1/2 privées " 24.--
chambres privées " 27.--

(1) Pratiquement cette colonne n'est plus utilisée pour la facturation
puisque tous ces patients bénéficient des forfaits.

Source : Rapport 1980 du Département cantonal de l'Intérieur

calculés sont fortement influencés par le grand nombre de journées de malades en salle commune, on sait bien, suivant certaines estimations effectuées dans divers hôpitaux suisses, que ces coûts doivent être augmentés de 20 % en service demi-privé et de 30 % en service privé pour compenser l'excédent de personnel et l'augmentation des surfaces nécessaires à ces unités.

Le lecteur intéressé par l'étude détaillée de ces informations comptables, par l'adaptation des coûts aux services demi-privés et privés ainsi que par les comparaisons des tarifs avec les prix de revient dans chaque hôpital cité plus haut, trouvera tous les chiffres dans les tableaux A à J renvoyés en annexes. Une synthèse de ces derniers figure ci-dessous (1).

2.2.2. Services médico-techniques

2.2.2.1. Principes généraux

Chaque prestation médicale est estimée en points. La nomenclature "Veska", indiquant un nombre de points par opération, examen, analyse, etc., est utilisée pour les calculs des prix de revient en rapport avec la comptabilité analytique. Pour la facturation, il existe deux catalogues complets de prestations converties en points :

- le tarif hospitalier neuchâtelois 1971 (T.H.71) qui sert de base pour patients assurés auprès d'une caisse-maladie faisant partie de la FCNM et hospitalisés en salle commune ;
- le tarif des assurances fédérales (C.N.A.) pour les patients de la Caisse nationale, de l'assurance militaire et de l'assurance invalidité.

On parle donc de points Veska, T.H. ou C.N.A. ayant chacun

(1) Voir tableau I3, page 160.

**Tableau 13 Pourcentages de couverture des coûts des divisions de lits
par les usagers en 1980 (1)**

	Hôpitaux pour soins physiques		Hôpital psychiatrique de Préfargier	
	Patients domiciliés dans le canton	Patients domiciliés hors du canton	Patients domiciliés dans le canton	Patients domiciliés hors du canton
	%	%	%	%
Salle commune	40,7 à 55,3	73,2 à 81,7	101,5	127,9
Service demi-privé	44,8 à 59,7	70,7 à 76,9	106,6	127,4
Service privé	46,6 à 61,7	71,9 à 77,0	100,5	188,2

(1) Ces informations sont analysées au point 2.4.1., page 172.

sa propre valeur en francs. A titre d'exemple, nous avons choisi trois prestations médicales fort différentes, en indiquant les valeurs en points et également les valeurs en francs pour la facturation.

Tableau 14 Valeurs de diverses prestations médicales
Situation en 1980

Prestations	Points Veska	Facturation			
		T.H. 71		C.N.A.	
		fr. 1,65 le point		fr. 3,40 le point	
		Points	Francs	Points	Francs
<u>Ophtalmologie</u> Opération de la cataracte, extrac- tion difficile	250	300	495.--	300	1.020.--
<u>Radiologie</u> Ventriculographie	90	110	181,50	90	306.--
<u>Laboratoire</u> Status urinaire	4,6	10	16,50	8	27,20

Le nombre de points attribué à chaque intervention ou examen a été déterminé dans différents hôpitaux suisses d'après des critères comme le temps, la difficulté, la technique, le matériel utilisé, le nombre de spécialistes nécessaire, leurs qualifications, leurs traitements, etc. Les situations n'étant pas toujours identiques dans le canton de Neuchâtel, on a adapté les points pour arriver au T.H.71.

Il faut distinguer dans les hôpitaux trois tâches principales pour lesquelles on utilise ces cotations en points :

- a) dans le calcul du degré d'occupation de chaque service (bloc opératoire, radiologie, laboratoire, etc.), on additionne les points Veska de toutes les prestations fournies durant l'année. Le total des charges du service est ensuite divisé par le total des points (chiffres annuels) pour obtenir le prix de revient du point. Ces travaux sont effectués dans le cadre de la comptabilité analytique d'exploitation ;
- b) lors de la facturation des cas non forfaitaires (utilisation dans tous les hôpitaux du canton) ;
- c) pour une facturation détaillée, à usage interne, des cas forfaitaires (1).

Les rubriques de recettes (factures de la comptabilité financière) ne correspondent pas exactement à celles des dépenses des centres de charges. Cet inconvénient provient du fait que la comptabilité analytique d'exploitation ne s'occupe pas des produits (2). Dans certains cas, des groupements ou des séparations de recettes sont donc nécessaires pour permettre les comparaisons avec les coûts.

Les malades des services privés et demi-privés et les non assurés en salle commune payent des tarifs médico-techniques majorés de la manière suivante :

Pour les assurés des caisses-maladie, supplément de 60 % en service privé et de 40 % en service demi-privé.

Pour les non assurés, supplément de 100 % en service privé, de 80 % en service demi-privé et de 75 % en salle commune.

Tous ces suppléments sont indiqués par rapport au T.H.71.

(1) Voir chiffre 2.3., in fine, page 172.

(2) Voir chiffre 2.1.2., page 156.

2.2.2.2. Correspondance entre les tarifs et les coûts des services médico-techniques

Les quatre hôpitaux qui ont tenu une comptabilité analytique d'exploitation en 1980 ont calculé le prix de revient par point Veska dans chaque service médico-technique. La comparaison de ces prix de revient avec les prix facturés permet finalement de contrôler si les tarifs sont susceptibles de couvrir les coûts, non pas en moyenne, mais dans chaque catégorie de prestations médicales, sans enregistrer des bénéfices dans certains secteurs compensés par des pertes dans d'autres. Pour cette dernière analyse, nous ne disposons des détails de facturation que de deux hôpitaux (La Chaux-de-Fonds et Cadolles-Pourtalès), ce qui limite les résultats de notre enquête aux seules unités hospitalières principales du canton (1).

Quant aux hôpitaux de la Providence et de Préfargier, il faut se contenter de l'examen des coûts seulement, les produits correspondants faisant défaut puisque les taxes forfaitaires d'hospitalisation ne sont pas réparties dans les comptes de recettes des services concernés (2).

Dans les grandes lignes, on constate, en examinant les chiffres des services médico-techniques des deux centres hospitaliers principaux de La Chaux-de-Fonds et de Neuchâtel, qu'aucun tarif n'est adapté. Les prix facturés en radiologie (diagnostic) et pour les analyses de laboratoires sont beaucoup trop élevés. Les tarifs de radiothérapie et de physiothérapie sont par contre un peu trop bas, sans grandes conséquences toutefois puisque ces services ne sont pas très fréquentés. Au contraire, les examens radiologiques et les analyses sont fort nombreux et procurent des bénéfices aberrants

(1) Voir tableaux 15 à 17, pages 164 à 166.

(2) Voir tableaux 18 et 19, pages 167 et 168.

Tableau 15

Hôpital de La Chaux-de-Fonds

1980

Prix de revient des services médico-techniques et comparaison avec la facturation aux malades hospitalisés et ambulatoires

Services	Total des coûts fr.	Presta- tions en points	Par point Veska fr.	Factures totales fr.	Bénéfice total (+) Perte totale (-) fr.	Bénéfice ou Perte en % des coûts
Salles d'opération et anesthésie	2.169.131	486.694	4,46	1.702.155	- 466.976	- 21,5
Radiodiagnostic	1.154.997	653.012	1,77	2.009.502	+ 854.505	+ 74,0
Radiothérapie	176.794	59.067	2,99	137.959	- 38.835	- 22,0
Médecine nucléaire	52.008	5.330	9,76	153.819	+ 101.811	+ 195,8
Laboratoires	1.011.105	546.543	1,85	2.577.616	+ 1.566.511	+ 154,9
Physiothérapie	959.502	284.300	3,37	563.797	- 395.705	- 41,2
Totaux	5.523.537			7.144.848	+ 1.621.311	+ 29,4

Source : Services financiers de l'hôpital

Prix de revient des services médico-techniques et comparaison avec la facturation aux malades hospitalisés et ambulatoires

Hôpitaux et Services	Total des coûts fr.	Prestations en points	Par point Veska fr.	Factures totales fr.	Bénéfice total (+) Perte totale (-) fr.	Bénéfice ou Perte en % des coûts
Les Cadolles						
Bloc opératoire et anesthésie	2.232.298	538.506	4,15	1.290.514	- 941.784	- 42,2
Radiologie	844.414	483.357	1,75	1.321.490	+ 477.076	+ 56,5
Radiothérapie	44.854	6.011	7,46	12.1807	- 32.047	- 71,4
Laboratoires	1.066.863	608.692	1,75	2.079.420	+ 1.012.557	+ 94,9
Physiothérapie	407.990	131.743	3,10	225.545	- 182.445	- 44,7
Totaux	4.596.419			4.929.776	+ 333.357	+ 7,3
Pourtalès						
Bloc opératoire et anesthésie	1.609.495	581.141	2,77	1.584.358	- 25.137	- 1,6
Radiologie	759.703	639.382	1,19	1.928.033	+ 1.168.330	+ 153,8
Radiothérapie	64.002	31.530	2,03	75.639	+ 11.637	+ 18,2
Laboratoires	421.524	239.773	1,76	1.008.506	+ 586.982	+ 139,3
Physiothérapie	266.096	104.248	2,55	233.963	- 32.133	- 12,1
Totaux	3.120.820			4.830.499	+ 1.709.679	+ 54,8
Maternité						
Salle d'intervention	71.743	18.619	3,85	118.671	+ 46.928	+ 65,4
Salle d'accouchement	681.621	76.108	8,96	213.108	- 468.513	- 68,7
Totaux	753.364			331.779	- 421.585	- 56,0

Source : Services comptables des hôpitaux

Tableau 17 Unité hospitalière Cadolles-Pourtalès et Maternité, Neuchâtel 1980

Prix de revient des services médico-techniques et comparaison avec la facturation aux malades hospitalisés et ambulatoires

Ensemble des trois établissements

Services	Total des coûts fr.	Presta- tions en points	Par point Veska fr.	Factures totales fr.	Bénéfice total (+) Perte totale (-) fr.	Bénéfice ou Perte en % des coûts
Blocs opératoires						
Services d'anesthésie	4.595.157	1.214.374	3,78	3.206.651	- 1.388.506	- 30,2
Salles d'intervention et d'accouchement	1.604.117	1.122.739	1,43	3.249.523	+ 1.645.406	+ 102,6
Radiologie	108.856	37.541	2,90	88.446	- 20.410	- 18,7
Radiothérapie	1.488.387	848.465	1,75	3.087.926	+ 1.599.539	+ 107,5
Laboratoires	674.086	235.991	2,86	459.508	- 214.578	- 31,8
Physiothérapie						
Totaux	8.470.603			10.092.054	+ 1.621.451	+ 19,1

Source : Services comptables des hôpitaux

et choquants. Il faut bien constater que les hôpitaux ont dû suivre sans autre les prix pratiqués par les cabinets médicaux et les laboratoires privés puisque la Société neuchâteloise de médecine est partie à la convention contenant le T.H.71. Les blocs opératoires et les services d'anesthésie de La Chaux-de-Fonds font apparaître une perte de 21,5 % alors qu'elle s'élève à 30,2 % aux Cadolles-Pourtalès, malgré un coût du point inférieur de 68 centimes à Neuchâtel par rapport à La Chaux-de-Fonds. Pour expliquer cette différence de 8,7 % entre les pertes des deux unités hospitalières, il faudrait connaître le nombre et le genre d'opérations effectuées aux deux places. En effet, certains tarifs pour des interventions faciles et moyennes sont élevés et d'autres appliqués à des opérations longues et difficiles, présentant souvent d'importantes complications imprévisibles, restent comparativement bas, sans possibilité de facturer des suppléments pourtant justifiés.

Dans la catégorie des hôpitaux pour soins physiques, il reste encore à examiner les coûts enregistrés à l'hôpital de la Providence, dans ses services médico-techniques.

Tableau 18 Hôpital de la Providence, Neuchâtel 1980
Prix de revient des services médico-techniques

Services	Total des coûts fr.	Prestations en points	Par point Veska fr.
Salles d'opérations et anesthésie	1.038.198	278.120	3,73
Radiologie	220.523	144.436	1,53
Laboratoire	189.081	147.049	1,29
Physiothérapie	41.671	34.856	1,20

Source : Direction de l'hôpital

Les prix de revient par point des différents services sont presque partout inférieurs à ceux des centres hospitaliers principaux de La Chaux-de-Fonds et de Neuchâtel, ce qui est parfaitement normal puisqu'il s'agit d'un établissement plus petit et moins spécialisé.

Pour terminer, voici les résultats du seul hôpital psychiatrique qui tenait en 1980 une comptabilité analytique.

Tableau 19 Hôpital psychiatrique de Préfargier 1980
Prix de revient des services médico-techniques

Services	Total des coûts fr.	Prestations en points	Par point Veska fr.
Laboratoire	101.000	34.043	2,96
Thérapies diverses	665.000	31.783	20,92
Autres centres diagnostic	307.000	36.018	8,52

Source : Direction administrative de l'hôpital

La valeur du point "Laboratoire" est beaucoup plus élevée que dans les hôpitaux pour soins physiques. Nous n'avons pas de base de comparaison puisque nous ne disposons pas de la comptabilité analytique de Perreux. Il en est de même des centres de charges principaux "Thérapies diverses" et "Autres centres diagnostic".

Les propositions concernant l'élaboration de nouveaux tarifs de facturation figurent sous chiffre 2.4.2.

2.2.3. Médicaments

Les prix de vente des médicaments sont réglementés dans toute la Suisse. Ils sont facturés aux malades hospitalisés au tarif "prix public" des pharmacies.

En 1980, seul le service de pharmacie de l'hôpital de La Chaux-de-Fonds était opérationnel. Il pouvait donc s'approvisionner directement chez les fabricants et les grossistes et confectonner les médicaments (certaines préparations courantes en grandes quantités) (1). Les autres hôpitaux du canton ne disposaient pas de services pharmaceutiques structurés et dépendaient donc, pour leurs fournitures, des officines régionales privées dont les remises n'étaient que de 10 à 15 % des prix de vente facturés aux malades. Il faut signaler quelques rares exceptions pour des achats de produits qui ne sont pas tout à fait considérés comme des médicaments et qui étaient commandés directement à des grossistes. Dans ces conditions, étant donné les frais généraux pour la distribution aux patients, les commandes, les contrôles, la gérance des stocks et les pertes, on ne pouvait espérer mieux qu'un équilibre entre charges et produits. Aujourd'hui, cette situation n'a pas changé, sauf en ce qui concerne l'unité hospitalière de la ville de Neuchâtel qui s'est organisée d'une manière identique à celle de La Chaux-de-Fonds.

En 1980, la comptabilité analytique de l'hôpital de La Chaux-de-Fonds indiquait pour son service de pharmacie des produits totaux de 1,81 million de francs et des charges de 1,37 million, d'où un bénéfice de 31,6 % sur le prix de revient. Ces chiffres sont donnés sous toutes réserves car il faudrait en connaître les détails de composition. Le bénéfice ne dépend pas seulement de conditions d'achat très avantageuses, il peut s'expliquer aussi par le fait que passablement de médi-

(1) Voir deuxième partie, rubrique 3.2.1., pour d'autres détails, page 125.

cements sont fabriqués par l'hôpital même. Cette source non négligeable de profits justifierait une analyse poussée des coûts de fabrication pour fixer le degré de rentabilité de chaque spécialité pharmaceutique.

2.3. Tarifification forfaitaire

Nous rappelons que, suivant la convention, seuls les patients domiciliés dans le canton, assurés par une caisse-maladie faisant partie de la FCNM et hospitalisés en salle commune bénéficient du forfait.

A charge des caisses-maladie et versée à la centrale d'encaissement qui doit la répartir aux hôpitaux avec les subsides cantonaux (1), la part au forfait était en 1980 de fr. 86,50 par jour dans les hôpitaux pour soins physiques, de fr. 37.-- pour hospitalisation totale dans les établissements psychiatriques et de fr. 32.-- pour hospitalisation partielle dans ces dernières maisons. La participation personnelle des assurés, versée directement à l'hôpital par les patients, était de fr. 20.-- par journée d'hospitalisation complète et de fr. 16.-- pour hospitalisation partielle en milieu psychiatrique. On appellera forfait l'ensemble de ces deux contributions, soit fr. 106,50 par jour dans les hôpitaux pour soins physiques et fr. 57.-- pour les hospitalisations totales en établissements psychiatriques.

Dans sa structure actuelle, la comptabilité analytique d'exploitation ne permet pas de dégager le prix de revient moyen journalier d'un séjour en salle commune (pension et usage des services médico-techniques tels que bloc opératoire, laboratoires, radiologie, pharmacie, etc.). La commission paritaire a donc été obligée d'estimer ces coûts pour chaque hôpital

(1) Nous verrons plus loin, sous chiffre 3.1., "Aide indirecte", les détails de cette répartition, page 181.

en défalquant des dépenses globales, les charges des services privés et ambulatoires ainsi que les intérêts passifs et les amortissements. Voici les résultats pour 1980 :

<u>Etablissements</u>	<u>Prix de revient moyen d'une journée de malade en salle commune (sans charges d'intérêts et d'amortissements)</u>
	fr.
Cadolles-Pourtalès	265,39
La Chaux-de-Fonds	256,73
La Providence	182,08
Le Locle	188,97
Landeyeux	147,82
Val-de-Travers	159,82
La Béroche	172,83
Préfargier	96,63
Perreux	101,05

La part des coûts non couverte par les forfaits des usagers est importante. Elle sera absorbée par des subsides de l'Etat par journée d'hospitalisation, des répartitions différentes des forfaits suivant les hôpitaux et finalement une couverture des déficits d'exploitation par le canton et les communes (1).

Les coûts journaliers sont beaucoup plus élevés dans les hôpitaux des Cadolles-Pourtalès et de La Chaux-de-Fonds que dans les établissements régionaux. Ainsi, pour l'économie du système, il est absolument indispensable que les malades occupent d'abord les lits des hôpitaux régionaux et ne viennent pas engorger, sans nécessité médicale absolue, les centres hospitaliers principaux de Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds.

(1) Voir chiffres 3.1. et 3.2., page 181 et page 184.

Pour tous les cas conventionnels, les hôpitaux doivent établir des factures forfaitaires, mais ne sont pas tenus de les chiffrer, pour contrôle, aux tarifs des prestations réelles dont les malades ont bénéficié. Dans nombre d'établissements, il est impossible de connaître les écarts entre les deux systèmes de facturation, le contrôle n'étant pas effectué. Par contre, à La Chaux-de-Fonds, par exemple, l'organisation est plus développée et chaque facture conventionnelle fait l'objet des deux genres de calculation. En 1979, l'hôpital a reçu, grâce au système forfaitaire, deux millions de francs de plus que si les factures des mêmes cas avaient été établies d'après le détail des prestations. Par contre, à la Béroche, toujours en 1979, on enregistrait avec le système forfaitaire un manque à gagner de deux cent mille francs, soit toutes proportions gardées, l'inverse de la situation chaux-de-fonnière. En résumé, il n'y a qu'un rapport lointain entre les prix de pension et des prestations médicales tels qu'ils figurent dans les tarifs et les recettes réelles provenant des forfaits. Des différences importantes par cas sont inévitables, sur la quantité elles devraient se compenser mieux qu'en laissant des écarts aussi considérables.

2.4. Aménagements souhaitables

2.4.1. Prix de pension

Ce qui frappe au premier abord, en examinant le tableau 13, c'est le manque total de concordance entre les tarifs et les charges réelles des divisions de lits. Dans les hôpitaux pour soins physiques, les coûts ne sont couverts qu'entre 40,7 et 81,7 %, alors qu'à l'hôpital psychiatrique de Préfargier, tous les tarifs de facturation sont supérieurs aux coûts, allant même jusqu'à 188,2 % de ces derniers. D'autre part, tous les patients des services demi-privés et privés ainsi que les malades de salle commune, non domiciliés dans le canton aggravent les

déficits des hôpitaux pour soins physiques. Pour remédier à cette situation, il faudrait partir du principe que chacun doit payer selon les coûts (vérité des prix) avec une seule exception en faveur des patients assurés FCNM, hospitalisés en salle commune et domiciliés dans le canton.

Pour calculer les tarifs proposés, nous nous sommes basés sur les prix de revient des divisions de lits des quatre hôpitaux ayant fourni des renseignements (1).

Les nouveaux prix de pension suggérés, comparés à ceux pratiqués actuellement (2) tiennent compte des particularités suivantes :

- la catégorie "salle commune, patients domiciliés dans le canton" disparaîtrait puisque tous ces malades sont obligatoirement assurés et bénéficient automatiquement du forfait ;
- pour tous les autres patients, y compris ceux des assurances fédérales et des compagnies privées maladie ou accidents, l'hôpital facturerait son prix de revient moyen journalier de la division de soins mise à contribution ;
- en services demi-privés et privés, il n'existerait plus de distinction entre patients domiciliés dans le canton ou en dehors, les prix de revient étant les mêmes pour chacun et devant être intégralement couverts. Etant donné ces conditions plus onéreuses, les patients souhaitant séjourner dans ces services auraient intérêt à souscrire des assurances supplémentaires.

(1) Voir tableau 20, page 174.

(2) Voir tableau 21, page 175.

Tableau 20 Prix de revient moyens des divisions de lits
en 1980, par journée de malade adulte, utilisés
pour l'établissement des nouveaux tarifs de
pension proposés

Hôpitaux	Salle commune	Service ½ privé Supplément de 20 % compris	Service privé Supplément de 30 % compris
	fr.	fr.	fr.
La Chaux-de-Fonds (1)	178,76	214,51	232,39
Cadolles-Pourtalès (2)	191,50	229,80	248,95
La Providence	128,47	154,16	167,01
Préfargier	71,95	86,34	93,54

(1) Soins intensifs non compris

(2) Soins intensifs compris

Tableau 21 Prix de pension 1980 par journée de malade adulte, comparés aux tarifs proposés

Services	La Chaux-de-Fonds (1)		Cadolles-Pourtalès (2)		La Providence		Préfargier	
	actuels fr.	proposés fr.	actuels fr.	proposés fr.	actuels fr.	proposés fr.	actuels fr.	proposés fr.
Chambres communes, patients des assurances fédérales et des compagnies privées		179		192		128		72
Chambres communes, patients domiciliés hors du canton	146	179	146	192	94	128	95	72
Chambres demi-privées, patients domiciliés dans le canton	103	215	103	230	92	154	100	86
Chambres demi-privées, patients domiciliés hors du canton	165	215	165	230	109	154	114	86
Chambres privées, patients domiciliés dans le canton	116	232	116	249	103	167	119	94
Chambres privées, patients domiciliés hors du canton	179	232	179	249	127	167	134	94

(1) soins intensifs non compris

(2) soins intensifs compris

2.4.2. Tarifs des services médico-techniques

Les tarifs des services médico-techniques s'écartent considérablement des coûts effectifs. Les causes profondes qui président à l'élaboration de ces tarifs hospitaliers sont plus de l'ordre d'une politique corporative et de lutte pour le pouvoir que du domaine d'une gestion rationnelle (1).

Tous les tarifs étant inadaptés aux prix de revient réels des prestations (2), il est indispensable de les établir maintenant logiquement pour que les patients utilisant les services des laboratoires d'analyses médicales par exemple, ne payent pas le double du prix de revient et ceux devant subir des interventions chirurgicales, seulement la moitié ou les trois quarts (3). La rationalisation des tarifs médico-techniques devrait s'inspirer des principes suivants :

- cotation en points C.N.A. pour la facturation aux usagers.

Un nouveau tarif hospitalier C.N.A. est édité mais pas encore adopté par les hôpitaux. Les modifications dans l'attribution des points ne sont pas très importantes sauf dans le domaine des analyses de laboratoires où l'on enregistre, par rapport au tarif actuel, des diminutions de l'ordre de 10 à 50 % suivant les postes. Ce changement est justifié à

-
- (1) D'après G. Bombach, H. Kleinewefers et L. Weber : Problèmes économiques de la sécurité médico-sociale, 1979.
 - (2) On peut discuter la manière de sélectionner, de répartir et de chiffrer les charges directes des sections ainsi que celle de choisir les clés de répartition des centres auxiliaires en relations avec les services médico-techniques. En l'occurrence, étant donné des résultats très significatifs, même si certains chiffres utilisés devaient être contestés, les constatations fondamentales qui vont suivre ne seraient absolument pas modifiées quant au fond.
 - (3) Voir tableaux 15 à 17, pages 164 à 166.

- cause des bénéfices considérables réalisés par les laboratoires de tous les hôpitaux. En outre, et il y a là un grand avantage, ce nouveau tarif hospitalier C.N.A. est très proche de la cotation Veska utilisée par la comptabilité analytique ;
- maintien du système de points Veska pour le calcul des prix de revient. Il est actuellement déjà uniforme dans tous les hôpitaux du pays, permettant ainsi d'utiles comparaisons ;
 - établissement des factures aux usagers d'après le prix de revient par point du service médico-technique concerné de chaque hôpital (1), sauf pour les cas forfaitaires.

Nous citerons les avantages essentiels du système préconisé. L'adaptation des tarifs deviendrait automatique puisqu'elle serait basée sur les prix de revient obtenus lors du dernier bouclement des comptabilités analytique et financière. Pour arriver à une synchronisation parfaite, il suffirait de réunir en un seul barème les points des prestations de la cotation Veska et ceux du nouveau tarif C.N.A. (2).

Les déficits des hôpitaux n'auraient pour cause que les taxes forfaitaires des salles communes pour les assurés des caisses-maladie domiciliés dans le canton puisque tous les autres patients, ambulatoires compris, payeraient le prix de revient de la pension et des prestations médico-techniques. Ainsi, la couverture des déficits ne toucherait que quatre partenaires, l'Etat (subventions), les communes (subventions également), les mutuelles-maladie du canton (forfait) et leurs membres hospitalisés (participation personnelle aux frais d'hébergement).

Les patients non bénéficiaires du forfait payeraient les prix basés sur les coûts réels des hôpitaux dans lesquels ils auraient séjourné et pas les mêmes prix moyens dans les grands et

(1) Voir les trois dernières colonnes du tableau 22, page 179.

(2) Les différences sont peu importantes. Voir tableau 23, page 180.

petits établissements. Il y aurait là une très saine concurrence entre hôpitaux, de nature à stimuler les efforts de rationalisation dans l'exploitation. Les tarifs médico-techniques différenciés d'un hôpital à l'autre, donc utilisant des prix du point variés suivant les services en cause, ne seraient nullement une complication puisque toute la calculation et les modifications pourraient se faire automatiquement par un programme d'ordinateur.

Prestations	T.H. 71 fr. 1,65 le point		C.N.A. fr. 3,40 le point		Points Veska (1)	Facturation au prix de revient dans tous les services		
	points	fr.	points	fr.		Chx-de-Fds		
						fr. 4,50 le point	Neuchâtel fr. 3,80 le point	
<u>Chirurgie (opérations)</u>								
Arthroplastie	400	660.--	300	1.020.--	300	1.350.--	1.140.--	1.140.--
Opération abdominale facile	90	148,50	80	272.--	80	360.--	304.--	304.--
Opération abdominale très difficile	500	825.--	700	2.380.--	800	3.600.--	3.040.--	3.040.--
Hystérectomie totale	355	585,75	250	850.--	250	1.125.--	950.--	950.--
Opération césarienne	290	478,50	150	510.--	150	675.--	570.--	570.--
Laryngectomie	380	627.--	400	1.360.--	400	1.800.--	1.520.--	1.520.--
Amygdalectomie	110	181,50	110	374.--	100	450.--	380.--	380.--
Opération de la cataracte difficile	300	495.--	300	1.020.--	250	1.125.--	950.--	950.--
<u>Radiologie (diagnostic)</u>								
Radiographie du thorax entier	32	52,80	24	81,60	24	43,20	36.--	38,40
Radiographie abdomen entier	42	69,30	31,5	107,10	31,5	56,70	47,25	50,40
Ventriculographie	110	181,50	90	306.--	90	162.--	135.--	144.--
<u>Laboratoire (analyses)</u>								
Status urinaire	10	16,50	8	27,20	4,6	8,74	fr. 1,80 le point	fr. 1,30 le point
Examen compliqué des selles	15	24,75	8	27,20	7,3	13,87	8,28	5,98
Groupes sanguins	9	14,85	6	20,40	4,6	8,74	8,28	5,98

(1) Le prix de revient du point Veska est arrondi aux 10 centimes supérieurs

Tableau 23 Comparaison des points C.N.A. et Veska

	Points		
	C.N.A. actuels	C.N.A. nouveaux	Veska
<u>Chirurgie</u> (opérations)			
Arthroplastie	300	300	300
Prostatectomie (diff. 4)	400	<u>325 ou 500</u>	<u>325</u>
Opération abdominale facile	80	80	80
Opération abdominale très difficile	700	<u>800 ou 600</u>	800
Hernie ombilic. épigastr.	50	50	50
Hernie étranglée ou récidive	150	125	125
Hystérectomie totale	250	250	250
Opération césarienne	150	150	150
Laryngectomie	400	400	400
Amygdalectomie	110	100	100
Opération de la cataracte, extraction difficile	300	<u>300</u>	<u>250</u>
<u>Radiologie</u> (diagnostic)			
Radiographie du thorax entier	24	24	24
Radiographie abdomen entier	31,5	31,5	31,5
Bronchographie facile	40	55	55
Ventriculographie	90	90	90
<u>Laboratoire</u> (analyses)			
Status urinaire	8	4,6	4,6
Test grossesse simple	8	4,6	4,6
Examen compliqué des selles	8	7,3	7,3
Groupe sanguin	6	4,6	4,6
Temps de coagulation	4	2	2

Trois positions seulement ne sont pas harmonisées entre les cotations C.N.A. nouvelles et Veska. Les points différents sont soulignés.

3. Financement par les collectivités publiques

3.1. Aide indirecte (1)

Des subsides d'hospitalisation sont accordés par l'Etat aux malades séjournant en salle commune dans les établissements pour soins physiques ou psychiatriques neuchâtelois, assurés auprès d'une caisse-maladie affiliée à la FCNM et domiciliés dans le canton (cas conventionnels ou forfaitaires). Cette aide, fr. 37.-- par journée de malade en 1980 (2), destinée à compléter les participations personnelles des patients et celles de leurs caisses-maladie est versée à la centrale d'encaissement des hôpitaux, sous la dénomination d'aide indirecte. La centrale, qui reçoit également les versements des caisses-maladie, représentés par des forfaits fixes journaliers, répartit l'ensemble de ces deux recettes aux établissements, suivant un système très particulier de forfait variable, basé principalement sur l'importance des charges financières de l'hôpital. Ces forfaits journaliers variables sont estimés chaque année par la commission paritaire qui les soumet aux hôpitaux devant se mettre d'accord pour qu'ils puissent entrer en vigueur. Il s'agit en fait d'un calcul effectué avant le début de tout nouvel exercice et qui consiste à déterminer, a priori pour chaque hôpital, le forfait journalier pour soins auquel il aura droit pour les cas conventionnels FCNM. Pour cela, il faut estimer le nombre de journées de malades forfaitaires et connaître les montants journaliers de la participation des caisses-maladie et du subside d'hospitalisation de l'Etat. On obtient alors les recettes prévisibles de la centrale, desquelles on déduit les prestations chirurgicales et médicales importantes dues aux hôpitaux en plus de leurs

(1) Voir rubrique 2.3., "Tarification forfaitaire", page 170.

(2) L'aide est revue en principe une fois par année, comme d'ailleurs les participations personnelles des patients et les forfaits des caisses-maladie.

forfaits et une contribution de chaque établissement à un fonds de réserve (1). Après ces opérations, il reste une certaine somme à répartir proportionnellement au prix de revient de la journée de malade en salle commune (sans intérêts ni amortissements), constituant précisément le forfait journalier variable pour soins.

Revenons maintenant aux subsides cantonaux d'hospitalisation qui se montaient en 1980, pour l'ensemble des hôpitaux, à fr. 13.903.963.-- pour 375.845 journées. De cette somme, il fallait retrancher fr. 4.485.236.-- en faveur de l'hôpital psychiatrique de Perreux qui est propriété de l'Etat et l'on obtenait une aide indirecte cantonale à disposition des établissements communaux ou appartenant à des fondations privées de fr. 9.418.727.--.

En reprenant la dernière colonne du tableau 24, on constate que les prix de revient de la journée en salle commune, pourtant calculés sans les charges d'intérêts et d'amortissements sont encore loin d'être couverts. L'aide indirecte (forfaits des caisses-maladie et subsides cantonaux d'hospitalisation) n'est donc pas suffisante, c'est pourquoi il a fallu la compléter par une participation personnelle du patient (fr. 20.-- par jour pour hospitalisation totale et fr. 16.-- pour hospitalisation partielle en milieu psychiatrique, situation en 1980). Malgré cela la différence à combler reste importante, d'où la nécessité d'envisager des subventions cantonales et communales d'exploitation des hôpitaux dont il sera question dans le chapitre suivant.

Tout ce système d'aide indirecte fort complexe entraîne de nombreuses complications administratives. Nous tenterons plus loin de proposer des simplifications.

(1) Comme les forfaits hospitaliers journaliers pour soins sont calculés d'avance, basés sur des estimations de journées de malades, il n'est pas possible d'opérer les répartitions réelles aux hôpitaux sans pouvoir compter sur la participation du fonds en cas de baisse du degré d'occupation. Le fonds de réserve est géré par la centrale mais appartient aux établissements.

Tableau 24 Cas forfaitaires Récapitulation par hôpital en 1980

Hôpitaux	Nombre de journées	Forfait journalier variable pour soins	Indemnités forfaitaires totales (1)	Montant des prestations chirurgicales et médicales ajoutées	Versements totaux effectués par la centrale	Versements effectués par la centrale mais par journée de malade	Prix de revient moyen d'une journée de malade en salle commune (2)
		fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.
La Chaux-de-fonds	60.600	157,60	9.550.853	521.484	10.072.137	166,21	256,73
Cadolles-Pourtaux	67.782	159,70	10.819.797	806.535	11.626.332	171,53	265,39
La Providence	17.745	95,10	1.686.708	303.644	1.990.352	112,16	182,08
Le Locle	19.759	109,60	2.165.557	154.836	2.320.393	117,43	188,97
Fleurier	11.967	90,25	1.080.042	46.357	1.126.399	94,13	159,82 (3)
Couvét	9.085	87,65	796.332	46.795	843.127	92,80	147,82
Landeyeux	12.504	83,30	1.041.199	81.316	1.122.515	89,77	172,83
La Béroche	7.221	101,95	735.849	103.711	839.560	116,27	101,05
Perreux	121.240	48,40 (4)	5.849.381	4.200	5.853.581	48,28	96,63
Préfargier	47.942	46,-- (4)	2.182.328	703	2.183.031	45,53	
Totaux	375.845		35.907.846	2.069.581	37.977.427		

Source : Centrale d'encaissement des hôpitaux neuchâtelois, Neuchâtel

(1) Pour toutes les raisons mentionnées plus haut et aussi à cause des hospitalisations partielles dans les établissements psychiatriques, le forfait variable multiplié par le nombre de journées donne des montants légèrement différents de ceux indiqués dans cette troisième colonne.

(2) Sans les charges d'intérêts et d'amortissements. (3) Pour Fleurier et Couvet ensemble. (4) Fr. 5.-- de soins pour hospitalisations partielles.

3.2. Aide directe

Malgré les participations personnelles des patients, celles des caisses-maladie, des assurances-accidents privées, des services sociaux, des assurances fédérales ou d'autres répondants et l'aide indirecte de l'Etat, sous forme de subsides journaliers d'hospitalisation, les déficits des hôpitaux se montaient encore, pour l'exercice 1980, à 25,5 millions de francs, sans tenir compte de Perreux, établissement cantonal complètement indépendant de l'aide directe. Finalement, ces déficits d'exploitation furent couverts par :

- une subvention cantonale atteignant 12,8 millions,
- des subventions de soixante communes d'un total de 5,1 millions,
- les participations des villes de Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds aux charges de leurs propres hôpitaux pour 7,6 millions.

L'aide directe se compose de ces trois dernières prestations que nous reprendrons dans l'ordre.

Contribution du canton (1)

Elle s'élève à 50 % du total des déficits d'exploitation de huit hôpitaux puisque Perreux n'est pas compris et elle se répartit d'après un système de points attribués à chaque établissement suivant différents critères :

- 2 points par malade hospitalisé;
- 10 points par 100 journées d'hospitalisation en chambres communes seulement;
- 50 points par pour-cent d'occupation des lits.

Ces trois critères sont pondérés par des coefficients représentant le potentiel médico-technique plus ou moins

(1) Renseignements extraits d'une lettre du 21 août 1981 du Service cantonal de la santé publique.

Tableau 25

Répartition de la subvention cantonale pour l'exercice 1980

Hôpitaux	Nombre de points	Déficits d'exploitation	Première distribution du 80 % de la subvention (1)	Solde de déficits	Deuxième distribution du 20 % de la subvention (2)	Totaux des deux distributions	En % des déficits d'exploitation (3)
		fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	%
La Chaux-de-Fonds	456.676	7.336.652	3.091.697	4.244.955	721.642	3.813.339	51.98
Cadolles-Pourtals	555.148	9.948.371	3.758.352	6.190.019	1.052.303	4.810.655	48.36
La Providence	91.472	925.812	619.255	306.547	52.113	671.378	72.52
Le Locle	96.867	1.848.953	655.790	1.193.163	202.838	856.628	46.44
Landeyens	58.152	1.140.376	393.689	746.687	126.937	520.626	45.65
Val-de-Travers	81.909	1.644.559	554.524	1.090.035	185.306	739.830	44.99
La Béroche	48.125	869.874	325.806	544.068	92.492	418.298	48.09
Préfargier	110.230	1.787.206	746.257	1.040.949	176.961	923.218	51.66
Totaux	1.498.579	25.501.803	10.145.380	15.356.423	2.610.592	12.755.972	50.02

Source : Service cantonal de la santé publique

(1) 80 % de fr. 12.755.972.-- = fr. 10.204.777.-- (rasés à fr. 10.145.380.-- pour arrondir les calculs) $\frac{\text{fr. } 10.145.380.--}{1.498.579 \text{ points}} = \text{fr. } 6,77 \text{ par point}$

(2) 20 % de fr. 12.755.972.-- = fr. 2.551.194.-- (rasés à fr. 2.610.592.-- pour arrondir les calculs)
 Répartition d'après les soldes de déficits $\frac{\text{fr. } 2.610.592.--}{\text{fr. } 15.356.423.--} = 17 \text{ centimes par franc des soldes de déficits}$

(3) Globalement, l'Etat supporte le 50 % des déficits d'exploitation mais, par étalement pris séparément, il y a de sensibles différences inévitables avec un paroi système.

développé suivant l'hôpital (soins intensifs, services spécialisés, formation d'élèves, etc.) ;

- 10 points par millier de francs du résultat de la multiplication des journées de malades en salles communes par le prix de revient journalier complet.

A ce stade, on effectue, d'après les points respectifs de chaque hôpital, une première distribution du 80 % seulement de la subvention. Le solde de 20 % fait l'objet d'une deuxième distribution dont le détail est expliqué à l'aide du tableau 25.

Contribution des communes

Nous avons vu que l'Etat a couvert 50 % des déficits d'exploitation des huit hôpitaux mentionnés dans la rubrique précédente. Un groupe de soixante communes en absorbera 20 % et les villes de Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds 30 %, du fait qu'elles supportent le solde des charges de leurs propres établissements.

En 1980, la contribution des soixante communes s'élevait à fr. 5.102.389.-- et était répartie à l'aide de la formule suivante :

$$\text{Participation de chaque commune} = \frac{a \cdot b}{(c + d - e)} = \text{nb. de points}$$

a = population de chaque commune

b = montant de l'impôt direct perçu par l'Etat dans la commune

c = produit de l'impôt direct communal

d = taxes communales (épuration, hospitalière, ramassage des ordures)

e = produits de corporations de droit public et éventuellement impôts pour réserve de crise (n'existent pratiquement plus)

L'application de cette formule, par exemple à la ville du Locle pour 1980, donne les résultats suivants :

$$a = 12.479 ; b = 10.814.573 ; (c + d - e) = 15.894.975$$

$$\frac{12.479 \times 10.814.573}{15.894.975} = 8.490 \text{ points}$$

Total des points pour les soixante communes : 81.400

$$\text{Valeur du point} = \frac{5.102.389}{81.400} = \text{fr. } 62,683$$

Part du Locle aux subventions communales totales 1980 :

8.490 points x fr. 62,683 = fr. 532.178.--, représentant la plus forte participation parmi les soixante communes ; la plus faible étant celle d'Engollon avec fr. 4.012.-- (1).

En priorité, on utilise la somme de fr. 5.102.389.-- pour couvrir intégralement les soldes des déficits des hôpitaux du Locle, Landeyeux, Val-de-Travers, la Béroche, la Providence et Préfargier (2). Il reste alors un montant disponible de fr. 1.017.587.-- destiné aux hôpitaux de La Chaux-de-Fonds et des Cadolles-Pourtalès, à répartir proportionnellement aux journées de malades en salle commune de patients d'autres localités du canton que La Chaux-de-Fonds et Neuchâtel et hospitalisés dans ces deux établissements, soit :

14.188 journées pour La Chaux-de-Fonds et

55.164 journées pour Les Cadolles-Pourtalès

69.352 journées au total

$$\frac{1.017.587}{69.352} = \text{fr. } 14,6728 \text{ par journée}$$

donc une subvention de fr. 208.177.-- pour La Chaux-de-Fonds

et de fr. 809.410.-- pour Les Cadolles-Pourtalès (3)

(1) Voir tableau 27, pages 192 et 193.

(2) Voir tableau 26, page 188.

(3) Voir tableau 26, page 188.

Tableau 26 Subventions cantonales et des communes en 1980

Hôpitaux	Déficits d'exploitation fr.	Subsides cantonaux fr.	Subsides communaux	
			Part des deux villes propriétaires fr.	Part des 60 autres communes fr.
La Chaux-de-Fonds	7.336.652	3.813.339	3.315.136	208.177
Cadolles-Pourtalès	9.948.371	4.810.655	4.328.306	809.410
La Providence	925.812	671.378		254.434
Le Locle	1.848.953	858.628		990.325
Landeyeux	1.140.376	520.626		619.750
Val-de-Travers	1.644.559	739.830		904.729
La Séroche	869.874	418.298		451.576
Préfargier	1.787.206	923.218		863.988
Totaux	25.501.803	12.755.972	7.643.442	5.102.389

Source : Rapport 1980 du Département cantonal de l'Intérieur

Les déficits non couverts de La Chaux-de-Fonds et des Cadolles-Pourtalès sont attribués respectivement aux propriétaires de ces deux centres hospitaliers principaux, les villes de La Chaux-de-Fonds et Neuchâtel (1).

Le tableau 27, figurant ci-après, montre pour toutes les communes les parts de subventions destinées à l'aide directe aux hôpitaux en 1980. Ces parts ont été déterminées selon la formule examinée plus haut. Ainsi, on a tenu compte de l'importance de l'effort fiscal de chaque commune. Les localités dans lesquelles les impôts et taxes communales sont élevés obtiennent peu de points et payent des subventions faibles par habitant, tandis que les communes qui constituent des oasis fiscales se voient attribuer un plus grand nombre de points, ayant pour effet des subventions nettement plus importantes par habitant (voir dernière colonne du tableau 27, sauf pour Neuchâtel et La Chaux-de-Fonds qui représentent des cas spéciaux que nous expliquerons plus loin).

L'aide directe de l'Etat, comme d'ailleurs la participation des communes soulèvent de nombreuses remarques que nous nous permettrons de mentionner d'emblée ici avant de reprendre fondamentalement, sous rubrique 3.3., le système complet du financement par les collectivités publiques et de proposer des aménagements modifiant l'organisation actuelle.

Remarques et analyse

La méthode utilisée par le Service cantonal de la santé publique pour répartir l'aide directe de l'Etat aux hôpitaux est compliquée et surtout arbitraire, donnant ainsi libre cours à toutes les critiques. Les étapes de calculation sont trop nombreuses avant d'arriver au résultat final. Le fait d'attribuer des points par malade hospitalisé pousse les hô-

(1) Voir tableau 26, page 188.

pitaux à garder un jour ou deux des patients qui pourraient certainement être soignés ambulatoirement. Par ailleurs, il est discutable de convertir en points les journées d'hospitalisation, car les hôpitaux auront tendance à prolonger d'une manière générale la durée des séjours de malades qui devraient normalement être transférés dans d'autres établissements spécialisés (maladies chroniques, gériatrie, par exemple) ou tout simplement remis aux soins à domicile de leur médecin-traitant. Les coefficients concernant le potentiel médico-technique des hôpitaux sont des mesures essentiellement subjectives et doivent être manipulés avec une extrême prudence. Quant à l'attribution de 50 points par pour-cent d'occupation des lits, c'est une arme à deux tranchants. Cette disposition aurait un caractère économique si, pour obtenir un plus fort pourcentage, les établissements se sentaient obligés de diminuer le nombre des lits, ce qui serait particulièrement rentable pour les services régulièrement sous-occupés tels que les maternités notamment. Par contre, on encouragerait une pratique irrationnelle, si les hôpitaux gardaient plus longtemps des malades dans le but d'occuper leurs lits. Aujourd'hui, le problème des hôpitaux n'est plus une affaire uniquement régionale. Il concerne l'ensemble des habitants du canton dans la même proportion. Les établissements ne sont que des pièces de l'organisation sanitaire neuchâteloise qui, elle seule, peut remplir les tâches multiples nécessaires (services spécialisés n'existant que dans certains hôpitaux, mais à disposition de tous les malades du canton). Partant de ce principe, une contribution uniforme par habitant de toutes les communes sans exception, englobant les soldes de déficits de tous les hôpitaux (sauf Perreux), constituerait, à notre point de vue, une bonne solution pour les subventions communales. La répartition actuelle, décrite pour 1980, favorise la couverture des déficits des hôpitaux

régionaux et il n'est laissé aux deux centres hospitaliers principaux que le solde des subventions des soixante communes. Bien qu'elles mettent leurs unités hospitalières à disposition des malades de tout le territoire neuchâtelois et aux mêmes tarifs pour chacun, sans aucun privilège pour leurs propres habitants, les villes de Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds doivent en assumer seules les déficits non couverts. Dans ces deux localités, les impôts sont très élevés, donc les participations annuelles par habitant devraient être basses. Il n'en est rien puisque Neuchâtel enregistre le maximum avec fr. 126,81 et La Chaux-de-Fonds le montant important de fr. 88,27. Par contre, Le Locle, qui connaît un système fiscal identique à celui des deux communes précitées et possède également un hôpital (fondation privée, il est vrai) se voit attribuer une part aux subventions de fr. 42,65 seulement par habitant, représentant le minimum absolu dans tout le canton (1).

(1) Voir tableau 27, pages 192 et 193.

Tableau 27

Subventions communales destinées aux hôpitaux

I

Situation au 31 décembre 1980

Communes	Nombre d'habitants	Participation communale	
		Totale	Par habitant
		fr.	fr.
Neuchâtel	34.133	4.328.306	126,81
Hauterive	2.580	162.913	63,14
Saint-Blaise	2.842	203.030	71,44
Marin-Epagnier	3.036	180.966	59,61
Thielle-Wavre	360	26.201	72,78
Cornaux	1.272	84.621	66,53
Cressier	1.625	96.030	59,10
Enges	146	6.707	45,94
Le Landeron	3.371	209.988	62,29
Lignières	535	27.956	52,25
Boudry	4.211	249.227	59,18
Cortailod	3.633	234.121	64,44
Colombier	4.140	247.347	59,75
Auvernier	1.476	118.471	80,26
Peseux	5.238	368.387	70,33
Corcelles-Cormondrèche	3.183	211.492	66,44
Bôle	1.527	99.227	64,98
Rochefort	700	41.559	59,37
Brot-Dessous	126	6.080	48,25
Bevaix	2.602	156.331	60,08
Gorgier	1.396	115.838	82,98
Saint-Aubin-Sauges	2.022	125.429	62,03
Fresens	152	9.590	63,10
Montalchez	154	7.585	49,25
Vaumarcus	166	8.776	52,87
Môtiers	721	34.664	48,08
Couvet	2.663	142.415	53,48
Travers	1.201	59.047	49,16
Noiraigue	382	20.936	54,81
Soveresse	313	16.235	51,87
Fleurier	3.614	211.179	58,43
Buttes	628	31.906	50,81
La Côte-aux-Fées	503	38.863	77,26
Saint-Sulpice	501	22.315	44,54
à reporter	91.152	7.903.738	

Tableau 27 Subventions communales destinées aux hôpitaux

II

Situation au 31 décembre 1980

Communes	Nombre d'habitants	Participation communale	
		Totale	Par habitant
		fr.	fr.
report	91.152	7.903.738	
Les Verrières	798	48.266	60,48
Les Bayards	321	18.805	58,58
Cernier	1.812	96.720	53,38
Chéizard-Saint-Martin	1.185	54.847	46,28
Dombresson	1.007	49.331	48,99
Villiers	238	14.104	59,26
Le Pâquier	218	10.907	50,03
Savagnier	590	45.132	76,49
Fenin-Villars-Saules	413	25.888	62,68
Fontaines	587	27.330	46,56
Engollon	61	4.012	65,77
Fontainemelon	1.416	98.600	69,63
Les Hauts-Geneveys	703	36.983	52,61
Boudevilliers	469	33.723	71,90
Valangin	401	24.948	62,21
Coffrane	439	38.237	87,10
Les Geneveys-sur-Coffrane	1.337	78.103	58,42
Montmollin	332	30.339	91,38
Le Locle	12.479	532.178	42,65
Les Brenets	1.167	63.435	54,36
Le Cerneux-Péquignot	304	14.292	47,01
La Brévine	688	29.837	43,37
La Chaux-du-Milieu	394	19.745	50,11
Les Ponts-de-Martel	1.225	59.298	48,41
8rot-Plamboz	247	12.725	51,52
La Chaux-de-Fonds	37.558	3.315.136	88,27
Les Planchettes	231	13.163	56,98
La Sagne	948	46.009	48,53
Totaux	158.720	12.745.831	

Source : Service cantonal de la santé publique

3.3. Analyse et propositions de réforme

3.3.1. Inconvénients du système actuel

Pour trouver les meilleures formes de subventions hospitalières, il faut connaître dans les détails les différents éléments qui composent les déficits des établissements et pouvoir répondre à cette question : qui est responsable et pour quel montant ? Les déficits sont provoqués surtout par les cas forfaitaires conventionnels et, dans de plus faibles proportions, par les patients des services demi-privés et privés, par les malades de salle commune domiciliés hors du canton, par les prestations ambulatoires de certains services, par la recherche, l'enseignement et la formation professionnelle. Les parts attribuables à chaque groupe sont inconnues. En l'absence de renseignements précis, l'Etat juge opportun d'accorder d'abord des subsides aux assurances-maladie assumant les plus lourdes charges et étant très limitées dans leurs moyens financiers. Cette participation du canton, appelée aide indirecte, fonctionne donc en faveur des patients de salle commune au bénéfice de la convention passée avec les caisses affiliées à la FCNM. Les subventions sont versées aux hôpitaux par l'intermédiaire d'une centrale d'encaissement. Ici, commencent les complications administratives provoquant des frais supplémentaires d'aucune utilité pour les patients. Nous citerons simplement : l'estimation des forfaits variables pour chaque hôpital, les problèmes particuliers posés par les prestations chirurgicales et médicales importantes, la gestion d'un fonds de réserve et la tenue d'une comptabilité (1). La suppression de l'aide indirecte est réalisable sans aucun inconvénient, à certaines conditions faciles à appliquer et qui seront examinées plus loin.

(1) Pour plus de détails, voir chiffre 3.1., page 181.

Les soldes des déficits des hôpitaux, après enregistrement des paiements de tous les usagers et des premiers subsides du canton, restent encore très importants et nécessitent une deuxième intervention de l'Etat, complétée par une participation des communes. Il s'agit de l'aide directe se répartissant aux hôpitaux en deux étapes, sur la base d'un système contestable d'attribution de points. En effet, celui-ci n'atteint pas son objectif primordial qui devrait être, en tout premier lieu, de récompenser les établissements accomplissant des efforts en vue de diminuer leurs coûts (1).

En résumé, les subventions sont distribuées de manière à couvrir d'abord tous les déficits des fondations. Après cette première opération, il ne reste plus suffisamment de fonds à mettre à disposition des deux centres hospitaliers principaux et les villes propriétaires de Neuchâtel et de La Chaux-de-Fonds doivent supporter leurs propres soldes de déficits (en 1980, respectivement 4,3 millions et 3,3 millions de francs). En compensation, elles sont exonérées des contributions communales en faveur des hôpitaux. Malgré cet avantage, leurs charges restent importantes, se situant respectivement à 2,6 et 1,4 millions de francs environ.

S'il n'est pas possible d'obtenir une aide directe uniforme pour tous les hôpitaux et un système de subventions identiques dans toutes les communes, les deux villes ne devraient pas hésiter, pour mettre fin à cette situation discriminatoire regrettable, à transformer leurs établissements en fondations complètement séparées de l'administration communale. Cette idée n'a rien d'exceptionnel puisque d'autres hôpitaux de villes sont des fondations (Le Locle et la Providence).

D'autre part, la manière actuelle de calculer la participation de chaque commune (attribution de points tenant compte de considérations fiscales) n'est plus adaptée à la situation

(1) Pour tous les détails, voir sous chiffre 3.2., in fine, "Remarques et analyse", page 189.

d'aujourd'hui décrite dans les chapitres précédents (1). L'ensemble du système de financement des hôpitaux par les collectivités publiques neuchâteloises appelle un certain nombre de réformes. Avant de les examiner, nous étudierons encore deux autres méthodes de subventions, à savoir : les propositions de la Commission fédérale du Département de l'Intérieur et le système vaudois.

3.3.2. Autres modes de financement des déficits hospitaliers

a) Subventions adaptées aux déficits moyens des hôpitaux de la même catégorie (2)

La Commission fédérale du Département de l'Intérieur propose de classer les établissements par catégories, suivant leur importance. Seul, le déficit moyen de la catégorie profite d'un subside complet. Les hôpitaux dépassant la moyenne et incapables de justifier les différences doivent trouver eux-mêmes des solutions pour couvrir les suppléments en s'adressant, par exemple, aux communes environnantes, en sollicitant des dons ou en organisant des collectes. Pour fixer le déficit moyen, il est nécessaire de déduire les frais d'enseignement, de recherche et d'autres dépenses ne profitant pas directement à l'amélioration des soins et d'une manière générale à l'intérêt et au confort du malade.

Voici un modèle de calcul du déficit moyen et des subventions consenties :

-
- (1) Voir chiffre 3.2., sous-titre "Contribution des communes" et in fine, "Remarque et analyse", pages 186 et 189.
 - (2) Commission consultative du Département fédéral de l'Intérieur chargée d'étudier les questions hospitalières. Rapport du 18 mars 1975.

Exemple d'école pour la détermination des subventions dans les
hôpitaux de catégorie identique

Hôpitaux de la même catégorie	Journées de malades	Déficits réels	Déficits proportionnels	Déficits subventionnés
		fr.	fr.	fr.
A	50.000	300.000	355.000 (1)	300.000 (2)
B	60.000	450.000	426.000	426.000
C	45.000	350.000	319.500	319.500
Totaux	155.000	1.100.000	1.100.500 environ	1.045.500 environ

Déficit réel moyen par journée de malade = $\frac{1.100.000}{155.000} = \text{fr. } 7,10$
environ

(1) 50.000 journées x fr. 7,10

(2) Toujours les plus petits montants des deux colonnes précédentes.

Cette méthode offre l'avantage d'éliminer, pour le calcul des déficits, les charges non directement attribuables aux soins. L'idée est à retenir pour une application pratique aux établissements neuchâtelais. Par contre, lors du classement des hôpitaux dans les différentes catégories, les difficultés ne manquent pas de surgir car les situations dans lesquelles ils se trouvent sont loin d'être semblables, même si au premier abord leur grandeur et leur structure médicale sont identiques. Nous pensons en particulier aux conditions locales souvent fort différentes (chauffage, prix de l'énergie, difficultés de recrutement du personnel) et à

l'organisation interne de l'hôpital qui permet certaines économies ou pas en rapport avec le lieu géographique (cultures, élevage, moyens de communication, infrastructure administrative fournie gratuitement par une commune ou un canton, approvisionnements, imposés par des commissions politiques, auprès du commerce local de détail plutôt que chez les grossistes).

b) Subventions sous forme d'enveloppes budgétaires

Examinons la situation dans le canton de Vaud qui bénéficie d'une organisation récente (1). Elle dépend d'une loi du 5 décembre 1978 et de la convention d'hospitalisation du 20 janvier 1981 stipulant que l'Etat prend part au financement des dépenses d'exploitation résultant de l'hospitalisation en division commune dans les établissements sanitaires privés reconnus d'intérêt public et signataires du contrat. La participation est subordonnée aux conditions suivantes :

1. Les caisses-maladie doivent financer les dépenses d'exploitation conjointement avec l'Etat ; la part respective des deux partenaires est réglée entre eux.
2. Le budget est fixé d'une part, sur la base des possibilités financières de l'Etat, des caisses-maladie, de la participation éventuelle des patients aux frais et d'autre part, sur l'évaluation des besoins des établissements sanitaires concernés.

Ce budget est réparti entre les hôpitaux sous forme d'enveloppes soumises à l'approbation des établissements respectifs ; elles comprennent les frais fixes (85 %) et les frais variables

(1) Suivant documentation du Service de la santé publique, Groupe de planification et de gestion sanitaires, Lausanne.

(15 %). On entend par frais fixes, les dépenses nécessaires à l'accomplissement de la mission définie par le plan, la rémunération des médecins, les charges dépendant de conditions locales. On tiendra compte notamment des résultats des exercices antérieurs. Le calcul des frais variables se base sur le volume et le type d'activités prévisibles. Le montant alloué peut donner lieu à une correction en fin d'exercice en fonction de l'activité réelle. Les hôpitaux ont l'obligation d'appliquer le plan comptable imposé par le département de l'Intérieur et doivent s'en tenir au budget attribué. Un bénéfice d'exploitation est acquis à l'établissement ; un déficit engage sa seule responsabilité et il doit le combler en faisant appel soit à des dons, collectes, tombolas, etc., soit à la participation de communes. L'utilisation des bénéfices, dons et legs, etc. ne doit pas modifier la mission de l'hôpital, ni provoquer par la suite des augmentations des coûts d'exploitation et d'investissement. Si l'hôpital n'accepte pas son enveloppe, la jugeant insuffisante, il pourra demander un examen du budget par la commission de planification. Lors d'un nouveau désaccord, un recours au Conseil d'Etat est toujours possible. Prenons un exemple pratique de calcul d'enveloppe budgétaire pour 1981.

Hôpital de Morges

1. Journées de malades conventionnelles budgetées (chambres communes)	52.000
2. Autres journées (chambres communes)	7.350
3. Journées privées	<u>3.750</u>
4. Journées totales budgetées	63.100
5. Journées totales pondérées (les 3.750 journées privées sont comptées avec un supplément de 20 %)	63.850

6. Enveloppe budgétaire d'hospitalisation :	
Salaires	fr. 14.936.800.--
+ Autres charges	" 4.706.100.--
	" 19.642.900.--
- Recettes ambulatoires et diverses	" 2.374.000.--
	fr. 17.268.900.--
7. Prix par journée en salle commune (chiffre 6 divisé par chiffre 5)	fr. 270,50
8. Enveloppe conventionnelle (chiffre 1 multiplié par chiffre 7) Brut	fr. 14.066.000.--
9. Participation des assurés	- " 81.000.--
10. Enveloppe conventionnelle nette annuelle	fr. 13.985.000.--
11. Enveloppe conventionnelle nette mensuelle	fr. 1.165.400.--

Le système vaudois a le mérite de faire pression sur les coûts, en donnant une grande importance au budget devant être scrupuleusement respecté, sauf cas de force majeure et de modification du degré d'occupation des établissements. Le plan comptable doit nécessairement tenir compte de la séparation des charges - pas toujours aisée - en frais fixes et frais variables. Lors d'une réforme du système neuchâtelois, on pourra tirer certains enseignements de l'expérience vaudoise.

3.3.3. Aménagements souhaitables concernant la couverture des déficits des hôpitaux neuchâtelois

a) Grandes lignes de la réforme proposée

Sa réalisation dépend de la révision préalable de tous les tarifs garantissant que seuls les patients conventionnels,

au bénéfice du forfait, sont à l'origine des déficits (1). L'aide indirecte, dont le but est précisément de subventionner uniquement ces cas, devient ainsi inutile puisque l'aide directe remplirait exactement la même fonction. Avant de fixer les modalités de répartition aux hôpitaux des subsides cantonaux et communaux, il faut déterminer les montants exacts des déficits pris en charge que les établissements doivent absolument respecter. Il reste maintenant à entrer dans les détails de ces différentes mesures et à calculer leur incidence financière.

b) Exposé détaillé et argumentation justifiant les options retenues

Nous ne reviendrons pas à l'adaptation des tarifs en fonction des prix de revient qui a déjà fait l'objet de longs exposés (2). Partant donc de l'idée qu'ils sont conformes aux propositions présentées et que l'aide indirecte est abandonnée, il ne reste plus qu'à restructurer l'aide directe, suivant des conceptions modernes garantissant les déficits les plus bas pour les soins médicaux et les services hôteliers les meilleurs.

Ce sont précisément la pression sur les coûts et le contrôle des déficits qui vont constituer le premier point de détail à examiner. Les charges d'enseignement ou de formation professionnelle, de recherche et d'une manière générale tous les frais non imputables aux soins et services nécessaires aux malades devraient être exclus des budgets hospitaliers. Il est anormal de les prendre en compte pour déterminer des coûts servant de base à des tarifs pour des prestations qui ne nécessitent aucunement de pareilles charges.

Une fois que l'utilité de chaque poste du budget aura été prouvée,

(1) Voir chiffre 2.4.2., in fine, "Avantages du système préconisé", page 177.

(2) Voir chiffre 2.2., "Tarification et coûts d'après le détail des prestations" et chiffre 2.4., "Aménagements souhaitables", pages 157 et 172.

les doubles emplois éliminés et les prix d'achat de l'ensemble des fournitures contrôlés, on pourra garantir à chaque hôpital un déficit d'exploitation complètement subventionné.

Cette estimation, basée sur le degré d'occupation de l'année écoulée et sur les tarifs réadaptés, subira inévitablement des variations au moment de l'examen des comptes définitifs.

Ces derniers, comme d'ailleurs les budgets, devraient être tenus en séparant les frais fixes et les frais variables.

Au moyen de l'exemple d'école ci-dessous, on se rendra mieux compte des différentes situations pouvant se présenter.

	Comptes Avec diminution du degré d'occupation de :			Budget	Comptes Avec augmentation du degré d'occupation de :		
	5 %	10 %	20 %		5 %	10 %	20 %
	fr.	fr.	fr.		fr.	fr.	fr.
Frais fixes	85.000	85.000	85.000	85.000	85.000	85.000	85.000
Frais variables	<u>14.250</u>	<u>13.500</u>	<u>12.000</u>	<u>15.000</u>	<u>15.750</u>	<u>16.500</u>	<u>18.000</u>
Coûts totaux	99.250	98.500	97.000	100.000	100.750	101.500	103.000
Financement par les usagers	<u>57.000</u>	<u>54.000</u>	<u>48.000</u>	<u>60.000</u>	<u>63.000</u>	<u>66.000</u>	<u>72.000</u>
Financement par les pouvoirs publics	42.250	44.500	49.000	40.000	37.750	35.500	31.000

Dans les hôpitaux, les frais fixes sont très élevés, de l'ordre de 85 % des coûts totaux et de ce fait, lorsque le degré d'occupation diminue, le financement des collectivités publiques augmente et vice versa.

L'hypothèse d'une augmentation du degré d'occupation de 20 % n'est pas réalisable puisqu'elle dépasserait les capacités

d'exploitation des hôpitaux. Les cinq autres variantes sont plausibles pour une durée d'un ou deux ans seulement, car si le phénomène devait se prolonger, les frais fixes nécessiteraient une adaptation (changement de palier). On aboutirait par exemple à cette situation :

	Comptes Avec diminution du degré d'occupation de :			Budget	Comptes Avec augmentation du degré d'occupation de :	
	5 %	10 %	20 %		5 %	10 %
	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.
Frais fixes	81.000	78.000	70.000	85.000	88.000	92.000
Frais variables	<u>14.250</u>	<u>13.500</u>	<u>12.000</u>	<u>15.000</u>	<u>15.750</u>	<u>16.500</u>
Coûts totaux	95.250	91.500	82.000	100.000	103.750	108.500
Financement par les usagers	<u>57.000</u>	<u>54.000</u>	<u>48.000</u>	<u>60.000</u>	<u>63.000</u>	<u>66.000</u>
Financement par les pouvoirs publics	38.250	37.500	34.000	40.000	40.750	42.500

Dans ce tableau, la situation est différente puisque les frais fixes ont été adaptés à un degré d'occupation durable pour une assez longue période. Dans ce cas, il valait la peine de restructurer toute l'organisation. Ainsi, lors d'une diminution du degré d'occupation, le financement des collectivités publiques diminue aussi et lors d'une augmentation de l'activité, les subventions deviennent plus importantes.

Les augmentations des frais fixes pour des cas de force majeure, autres qu'une modification du degré d'occupation, pourraient bénéficier de subsides supplémentaires, à la condition d'être dûment motivés par les hôpitaux. Les dépassements de

déficits non justifiés devraient être comblés par les établissements au moyen de l'aide extraordinaire de communes ou de fonds privés de la région.

Comme jusqu'ici, les investissements approuvés préalablement par la commission cantonale hospitalière feraient l'objet d'amortissements, suivant les modalités prévues et figureraient par tranches annuelles dans les budgets et les comptes habituels d'exploitation de même que les intérêts des emprunts nécessaires à ces acquisitions.

Une transformation d'hôpital de grande envergure nécessiterait une demande spéciale au Conseil d'Etat et l'élaboration d'un plan de financement complètement indépendant.

Actuellement, les amortissements et les intérêts passifs sont subventionnés par l'aide directe aux hôpitaux. Avec la solution proposée, ils seraient supportés uniquement par les patients ambulatoires et hospitalisés autres que les cas forfaitaires conventionnels puisqu'ils entreraient pour leur totalité dans les calculs de coûts et de tarifs (1). Ces derniers dépendant de la politique hospitalière, d'autres solutions aboutissant à faire supporter une partie de ces charges au canton et aux communes pourraient sans autre être envisagées

Les options retenues apporteraient en outre d'importantes simplifications administratives au financement des hôpitaux par les collectivités publiques. Les caisses-maladie verseraient directement les forfaits aux établissements alors que

(1) En 1980, les intérêts passifs des hôpitaux, à l'exception de Perreux, étaient de fr. 2.238.035.-- et les amortissements de fr. 1.594.711.--, soit au total fr. 3.832.746.--. La comptabilité de l'établissement psychiatrique cantonal de Perreux ne mentionnait pas d'intérêts passifs et les amortissements totaux ne se montaient qu'à fr. 389.400.--.

les subventions cantonales et communales leur parviendraient sous forme d'acomptes mensuels payés par la comptabilité de l'Etat. Les estimations des forfaits variables suivant les hôpitaux deviendraient inutiles, les subsides publics étant automatiquement plus importants dans les établissements dont le déficit budgétaire est élevé. Pour la même raison, la facturation des prestations chirurgicales et médicales importantes en plus du forfait conventionnel pourrait être abandonnée. A long terme, lorsque l'inflation hospitalière sera ramenée au niveau de l'inflation normale du pays (1), les forfaits journaliers des caisses-maladie et les participations personnelles des assurés aux frais d'hébergement pourront être indexés, évitant les réadaptations annuelles négociées, provoquant chaque fois des polémiques.

c) Conséquences financières

En 1980, l'Etat a accordé aux hôpitaux une aide indirecte sous forme de subsides d'hospitalisation pour une somme de 9,4 millions de francs (Perreux non compris). Malgré cela, les déficits des établissements (Perreux excepté) se sont élevés à 25,5 millions de francs et ont été couverts par des subsides cantonaux d'exploitation de 12,75 millions et par des subventions du même montant provenant des soixante-deux communes (2). Le financement global du canton a donc finalement atteint 22,15 millions de francs, abstraction

(1) Actuellement, on est loin de compte à cause du retard dans l'adaptation des salaires et dans la diminution de la durée du travail. Il faudra en outre encore un certain temps pour résorber tous les phénomènes d'hospitalo-centrisme.

(2) Voir tableau 26, page 188.

Tableau 28 Essai d'établissement des déficits sur cas conventionnels en 1980

Hôpitaux	Journées conven- tionnelles (1)	Prix de revient journalier (1)	Prix de revient total	Produit journalier (2)	Produit total (2)	Déficits sur cas conventionnels
		fr.	fr.	fr.	fr.	fr.
La Chaux-de-Fonds	60.600	256,73	15.557.838	149,21	9.042.126	6.515.712
Cadolles-Pourtalès	67.782	265,39	17.988.664	154,53	10.474.352	7.514.312
La Providence	17.745	182,08	3.231.010	95,16	1.688.614	1.542.396
Le Locle	19.759	188,97	3.733.858	100,43	1.984.396	1.749.462
Val-de-Travers	21.052	159,82	3.364.531	76,56	1.611.741	1.752.790
Landeyeux	12.504	147,82	1.848.341	72,77	909.916	938.425
La Béroche	7.221	172,83	1.248.005	99,27	716.829	531.176
Préfargier	47.942	96,63	4.632.635	28,53	1.367.785	3.264.850
Totaux	254.605		51.604.882		27.795.759	23.809.123

(1) chiffres repris du tableau 24

(2) provenant des caisses-maladie et des patients, sans subside de l'Etat

faite des subsides d'hospitalisation accordés à Perreux et de la couverture du déficit d'exploitation de cet établissement, complètement à charge de l'Etat.

Avec la réforme proposée (suppression de l'aide indirecte du canton et révision des tarifs), la situation financière se présenterait sous un jour meilleur.

L'Etat supporterait les deux tiers, soit 15,9 millions et les soixante-deux communes, un tiers, donc 7,9 millions de francs, des déficits des hôpitaux (1) d'un montant de 23,8 millions (2). L'économie pour le canton atteindrait 6,25 millions de francs et pour les communes, 4,85 millions. La part communale uniforme de subvention par habitant ne serait que de fr. 50.-- dans toutes les localités (3).

En reprenant le tableau 27 (situation actuelle) et en le comparant aux propositions ci-dessus, on obtient les tableaux 29 et 30 démontrant que seules 14 communes verraient leurs parts augmenter (entre 1,52 % et 17,24 %). Par contre, 48 communes enregistreraient des diminutions allant de 0,06 % à 60,57 %. La moyenne des augmentations se situerait à 12,01 %, celle des diminutions à 41,74 %.

En résumé, la diminution globale des déficits et par conséquent des subventions cantonales et communales de 11,1 millions de francs en 1980 serait compensée par :

- l'adaptation des tarifs pour malades ambulatoires et hospitalisés non conventionnels ;
- les mesures de rationalisation (nouvelle dotation en lits, création de centrales d'achats, réorganisation administrative et de l'informatique).

Un tel partage des charges financières est basé sur des préceptes économiques et sociaux rationnels et ne pousse pas à .

-
- (1) Provoqués par les cas forfaitaires conventionnels uniquement, tous les autres secteurs ne pouvant plus être déficitaires.
- (2) Voir tableau 28, page 206.
- (3) 7,9 millions de francs
158.720 habitants

Tableau 29 Etat des 14 communes qui subiraient, avec la solution
proposée, des augmentations de leurs parts aux subventions

Communes	Nombre d'habitants au 31.12.1980	Subventions		Différence	
		Solution actuelle	Solution proposée		
		fr.	fr.	fr.	%
Enges	146	6.707	7.300	593	8,84
Brot-Dessous	126	6.080	6.300	220	3,62
Montalchez	154	7.585	7.700	115	1,52
Môtiers	721	34.664	36.050	1.386	4,00
Travers	1.201	59.047	60.050	1.003	1,70
Saint-Sulpice	501	22.315	25.050	2.735	12,26
Chézard-Saint-Martin	1.185	54.847	59.250	4.403	8,03
Dombresson	1.007	49.331	50.350	1.019	2,07
Fontaines	587	27.330	29.350	2.020	7,39
Le Locle	12.479	532.178	623.950	91.772	17,24
Le Cerneux-Péquignot	304	14.292	15.200	908	6,35
La Brévine	688	29.837	34.400	4.563	15,29
Les Ponts-de-Martel	1.225	59.298	61.250	1.952	3,29
La Sagne	948	46.009	47.400	1.391	3,02
Totaux	21.272	949.520	1.063.600	114.080	12,01

Tableau 30 **Etat des 48 communes qui obtiendraient, avec la solution proposée,**
I **des diminutions de leurs parts aux subventions**

Communes	Nombre d'habitants au 31.12.1980	Subventions		Différence	
		Solution actuelle	Solution proposée		
		fr.	fr.	fr.	¢
Neuchâtel	34.133	4.328.306	1.706.650	2.621.656	60,57
Hauterive	2.580	162.913	129.000	33.913	20,82
Saint-Blaise	2.842	203.030	142.100	60.930	30,01
Marin-Epagnier	3.036	180.966	151.800	29.166	16,12
Thielle-Wavre	360	26.201	18.000	8.201	31,30
Cornaux	1.272	84.621	63.600	21.021	24,84
Cressier	1.625	96.030	81.250	14.780	15,39
Le Landeron	3.371	209.988	168.550	41.438	19,73
Lignières	535	27.956	26.750	1.206	4,31
Boudry	4.211	249.227	210.550	38.677	15,52
Cortailod	3.633	234.121	181.650	52.471	22,41
Colombier	4.140	247.347	207.000	40.347	16,31
Auvernier	1.476	118.471	73.800	44.671	37,71
Peseux	5.238	368.387	261.900	106.487	28,91
Corcelles-Cormondrèche	3.183	211.492	159.150	52.342	24,75
Bôle	1.527	99.227	76.350	22.877	23,06
Rochefort	700	41.559	35.000	6.559	15,78
Bevaix	2.602	156.331	130.100	26.231	16,78
Gorgier	1.396	115.838	69.800	46.038	39,74
Saint-Aubin-Sauges	2.022	125.429	101.100	24.329	19,40
Fresens	152	9.590	7.600	1.990	20,75
Vaumarcus	166	8.776	8.300	476	5,42
Couvet	2.663	142.415	133.150	9.265	6,51
Noiraique	382	20.936	19.100	1.836	8,77
Boveresse	313	16.235	15.650	585	3,60
à reporter	83.558	7.485.392	4.177.900	3.307.492	

Tableau 30 **Etat des 48 communes qui obtiendraient, avec la solution proposée,**
II **des diminutions de leurs parts aux subventions**

Communes	Nombre d'habitants au 31.12.1980	Subventions		Différence	
		Solution actuelle	Solution proposée		
		fr.	fr.	fr.	%
Report	83.558	7.485.392	4.177.900	3.307.492	
Fleurier	3.614	211.179	180.700	30.479	14,43
Buttes	628	31.906	31.400	506	1,59
La Côte-aux-Fées	503	38.863	25.150	13.713	35,29
Les Verrières	798	48.266	39.900	8.366	17,33
Les Bayards	321	18.805	16.050	2.755	14,65
Cernier	1.812	96.720	90.600	6.120	6,33
Villiers	238	14.104	11.900	2.204	15,63
Le Pâquier	218	10.907	10.900	7	0,06
Savagnier	590	45.132	29.500	15.632	34,64
Fenin-Villars-Saules	413	25.888	20.650	5.238	20,23
Engollon	61	4.012	3.050	962	23,98
Fontainemelon	1.416	98.600	70.800	27.800	28,19
Les Hauts-Geneveys	703	36.983	35.150	1.833	4,96
Boudevilliers	469	33.723	23.450	10.273	30,46
Valangin	401	24.948	20.050	4.898	19,63
Coffrane	439	38.237	21.950	16.287	42,59
Les Geneveys-sur-Coffrane	1.337	78.103	66.850	11.253	14,41
Montmollin	332	30.339	16.600	13.739	45,28
Les Brenets	1.167	63.435	58.350	5.085	8,02
La Chaux-du-Milieu	394	19.745	19.700	45	0,23
Brot-Plamboz	247	12.725	12.350	375	2,95
La Chaux-de-Fonds	37.558	3.315.136	1.877.900	1.437.236	43,35
Les Planchettes	231	13.163	11.550	1.613	12,25
Totaux	137.448	11.796.311	6.872.400	4.923.911	41,74

la consommation médicale. Il n'accorde aucune faveur à des patients qui n'en ont pas besoin ou qui ne sont pas contribuables dans le canton. Son objectif principal est d'adapter le financement hospitalier aux moyens de chacun, en simplifiant l'organisation administrative et en économisant, dans la mesure du possible, des frais généraux non profitables directement aux malades.

Tableaux annexés

Tableau A

Hôpital de La Chaux-de-Fonds

1980

Coûts totaux des divisions de lits
(sans les soins intensifs)

Désignation des charges	Total	Par journée de malade
	fr.	fr.
Salaires médecins et personnel soignant, y compris charges sociales et gratifications	7.339.711	88,83
Autres dépenses d'exploitation	756.102	9,15
Total des charges directes	8.095.813	97,98
Participation aux frais des centres de charges généraux :		
Bâtiments	200.678	2,42
Administration	1.347.897	16,31
Service de maison	1.106.724	13,39
Buanderie, lingerie	593.205	7,17
Magasin central	182.662	2,21
Services techniques	1.302.901	15,76
Economat	1.552.669	18,79
Stérilisation centrale	391.278	4,73
Totaux	14.773.827	178,76

Source : Services financiers de l'hôpital

Tableau B

Hôpital de La Chaux-de-Fonds

1980

Comparaison des tarifs courants pour adultes avec le prix de revient moyen

Divisions de lits	Tarif	En % par rapport au prix de revient moyen de fr. 178,76 (1)
	fr.	%
Chambres communes, patients domiciliés dans le canton	78.--	43,6
Chambres communes, patients domiciliés hors du canton	146.--	81,7
Chambres demi-privées, patients domiciliés dans le canton	103.--	57,6
Chambres demi-privées, patients domiciliés hors du canton	165.--	92,3
Chambres privées, patients domiciliés dans le canton	116.--	64,9
Chambres privées, patients domiciliés hors du canton	179.--	100,1

(1) Soins intensifs non compris. Le prix de revient d'une journée de malade en soins intensifs est de fr. 617,90.

Tableau C Unité hospitalière Les Cadolles-Pourtalès 1980
Neuchâtel

Coûts totaux des divisions de lits
(avec les soins intensifs)

Désignation des charges	Cadolles fr.	Pourtalès fr.
Salaires et charges sociales	6.762.291	5.447.257
Autres dépenses d'exploitation	823.119	383.704
Total des charges directes	7.585.410	5.830.961
Participation aux frais des centres de charges généraux (en bloc)	3.961.899	3.097.764
Total général	11.547.309	8.928.725

Récapitulation

Cadolles fr. 11.547.309

Pourtalès fr. 8.928.725

Total fr. 20.476.034 pour 106.924 journées de malades,
soit fr. 191,50 par jour

Source : Services comptables des hôpitaux

Tableau D Unité hospitalière Les Cadolles-Pourtalès 1980
Neuchâtel

Comparaison des tarifs courants pour adultes avec le prix de
revient moyen

Divisions de lits	Tarif fr.	En % par rapport au prix de revient moyen de fr. 191,50 (1) %
Chambres communes, patients domiciliés dans le canton	78.--	40,7
Chambres communes, patients domiciliés hors du canton	146.--	76,2
Chambres demi-privées, patients domiciliés dans le canton	103.--	53,8
Chambres demi-privées, patients domiciliés hors du canton	165.--	86,2
Chambres privées, patients domiciliés dans le canton	116.--	60,6
Chambres privées, patients domiciliés hors du canton	179.--	93,5

(1) Soins intensifs compris.

Tableau E Hôpital de la Providence, Neuchâtel 1980

Coûts totaux des divisions de lits
(sans service des dialyses)

Désignation des charges	Francs
Salaires et charges sociales	2.026.317
Autres dépenses d'exploitation	363.410
Total des charges directes	2.389.727
Participation aux frais des centres de charges généraux :	
Bâtiments	214.100
Administration	228.268
Service de maison	81.906
Blancherie, lingerie	230.165
Cuisine	458.242
Total	3.602.408

Par journée de malade $\frac{3.602.408}{28.040} = \underline{\text{fr. 128,47}}$

Source : Direction de l'hôpital

Tableau F Hôpital de la Providence, Neuchâtel

1980

Comparaison des tarifs courants pour adultes avec le prix de revient moyen

Divisions de lits	Tarif	En % par rapport au prix de revient moyen de fr. 128,47 (1)
	fr.	%
Chambres communes, patients domiciliés dans le canton	71.--	55,3
Chambres communes, patients domiciliés hors du canton	94.--	73,2
Chambres demi-privées, patients domiciliés dans le canton	92.--	71,6
Chambres demi-privées, patients domiciliés hors du canton	109.--	84,8
Chambres privées, patients domiciliés dans le canton	103.--	80,2
Chambres privées, patients domiciliés hors du canton	127.--	98,9

(1) Sans service des dialyses.

Tableau G Hôpital psychiatrique de Préfargier 1980
Coûts totaux des divisions de lits

Désignation des charges	Total fr.	Par journée de malade fr.
Salaires et charges sociales	1.453.000	18,34
Autres dépenses d'exploitation	29.000	0,37
Total des charges directes	1.482.000	18,71
Participation aux frais des centres de charges généraux :		
Bâtiments	399.000	5,04
Administration	1.799.000	22,70
Service de maison	444.000	5,60
Buanderie, lingerie	324.000	4,09
Magasin central	56.000	0,71
Services techniques	250.000	3,16
Service transport	17.000	0,21
Economat	811.000	10,23
Parc	119.000	1,50
Total	5.701.000	71,95

Source : Direction administrative de l'hôpital

Tableau H

Hôpital psychiatrique de Préfargier

1980

Comparaison des tarifs courants pour adultes avec le prix de
revient moyen

Divisions de lits	Tarif	En % par rapport au prix de revient moyen de fr. 71,95
	fr.	%
Chambres communes, patients domiciliés dans le canton	73.--	101,5
Chambres communes, patients domiciliés hors du canton	92.--	127,9
Chambres demi-privées, patients domiciliés dans le canton	92.--	127,9
Chambres demi-privées, patients domiciliés hors du canton (tarif maximum)	110.--	152,9
Chambres privées, patients domiciliés dans le canton	94.--	130,6
Chambres privées, patients domiciliés hors du canton (tarif maximum)	176.--	244,6

Tableau J Comparaison des prix de revient de la journée de malade en services demi-privés et privés avec les tarifs facturés à ces patients en 1980

	Prix de revient avec majoration	Tarif	En % par rapport au prix de revient
	fr.	fr.	%
<u>La Chaux-de-Fonds (1)</u>			
Chambres demi-privées A (2)	214,51	103.--	48,0
Chambres demi-privées B (3)	214,51	165.--	76,9
Chambres privées A	232,39	116.--	49,9
Chambres privées B	232,39	179.--	77,0
<u>Cadolles-Pourtalès, Neuchâtel (4)</u>			
Chambres demi-privées A	229,80	103.--	44,8
Chambres demi-privées B	229,80	165.--	71,8
Chambres privées A	248,95	116.--	46,6
Chambres privées B	248,95	179.--	71,9
<u>La Providence, Neuchâtel (5)</u>			
Chambres demi-privées A	154,16	92.--	59,7
Chambres demi-privées B	154,16	109.--	70,7
Chambres privées A	167,01	103.--	61,7
Chambres privées B	167,01	127.--	76,0
<u>Maison de santé de Préfargier</u>			
Chambres demi-privées A	86,34	92.--	106,6
Chambres demi-privées B (6)	86,34	110.--	127,4
Chambres privées A	93,54	94.--	100,5
Chambres privées B (6)	93,54	176.--	188,2

- (1) Soins intensifs non compris dans le prix de revient
 (2) A = Patients domiciliés dans le canton
 (3) B = Patients domiciliés hors du canton
 (4) Soins intensifs compris dans le prix de revient
 (5) Service des dialyses non compris dans le prix de revient
 (6) Tarif maximum

Tableau K Dépenses par habitant inscrites au budget des
cantons et des communes et dépenses en matière
de santé publique

	Année	Canton de Neuchâtel	Suisse
Dépenses totales	1950	fr. 656,4	545,0
Dépenses totales	1971	fr. 2.841,9	2.882,2
Dépenses en matière de santé publique	1950	fr. 49,3	56,5
Dépenses en matière de santé publique	1971	fr. 306,0	317,1
En % des dépenses totales	1950	% 7,5	10,4
En % des dépenses totales	1971	% 10,8	11,0

Source : Bureau fédéral de statistique, 1974

Tableau L Evolution de quelques données sur l'assurance-maladie

Ligne	Objet	1950	1972
1	Nombre moyen d'hospitalisation (hospitalisation par assuré) Données pour 100 assurés	7,6	9,5
2	Durée moyenne d'hospitalisation (durée par hospitalisation en jours)	30,4	18,0
3	Morbidité spécifique (durée d'hospitalisation par assuré en jours) Données pour 100 assurés	231,7	170,2
4	Frais totaux de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques par assuré en fr.	56,7	301,0
5	Frais hospitaliers de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques par assuré en fr.	13,7	85,8
6	Frais hospitaliers en % des frais totaux (ligne 5 x 100 : ligne 4)	24,2	28,5
7	Dépenses des établissements hospitaliers (Veska) par journée de malade en fr.	13,6	130,2
8	Frais hospitaliers de l'assurance des soins médico-pharmaceutiques par jour d'hospitalisation en fr.	5,9	50,4
9	Pourcentage des dépenses des établisse- ments hospitaliers (Veska) payées par l'assurance des soins médico-pharmaceutiques (ligne 8 x 100 : ligne 7)	43,3	38,7

Source : Office fédéral des assurances sociales

Liste des abréviations

A.I.	Assurance invalidité
A.M.F.	Assurance militaire fédérale
ANEM	Association neuchâteloise des établissements pour malades
ANEMPA	Association neuchâteloise des établissements médicaux pour personnes âgées
C.H.P.	Centre hospitalier principal
C.N.A.	Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents
FCNM	Fédération cantonale neuchâteloise des sociétés de secours mutuels
H.R.	Hôpital régional
I.S.H.	Institut suisse des hôpitaux
L.A.H. 67	Loi sur l'aide hospitalière, du 22 novembre 1967
LAMA	Loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents
SNM	Société neuchâteloise de médecine
T.H. 71	Tarif hospitalier neuchâtelois 1971
Veska	Association suisse des établissements pour malades
V.P.O.D.	Syndicat du personnel des services publics

Lexique

Consultations externes :

Elles sont aussi à l'origine d'hospitalisations dont le délai peut être plus ou moins différé dans le temps.

Services administratifs :

Ils assurent l'unité de l'ensemble hospitalier malgré la diversité des centres de responsabilité. L'administration perçoit les moyens financiers et se procure les moyens humains et matériels dont ont besoin les services cliniques, techniques et généraux. Ceci suppose la tenue des comptabilités et statistiques, des budgets, le contrôle des flux financiers et de la gestion.

Services généraux :

Ils assurent d'une part, les biens et services destinés à la prestation hôtelière (cuisine, lingerie) et d'autre part, l'entretien, le chauffage, etc. de l'ensemble de l'établissement. Ils sont placés sous l'autorité de l'administration.

Services d'hospitalisation :

Ils constituent la cellule de base de l'organisation hospitalière et sont formés d'un ensemble de moyens thérapeutiques situés dans un même lieu. Les malades, dont l'hospitalisation a été décidée, y reçoivent l'ensemble des soins que leur état nécessite, dans la mesure où ils relèvent de la spécialisation du service.

Services médico-techniques :

Tous les services de l'hôpital qui participent à l'activité médicale mais n'hébergent pas de malades, tels par exemple, l'ensemble des laboratoires, la pharmacie

centrale, la radiologie, la physiothérapie, etc. qui sont mobilisés à la demande des services d'hospitalisation, au profit des malades que ces derniers ont en charge.

Service de porte :

Il accueille tous les malades qui arrivent à l'hôpital d'eux-mêmes ou sur les conseils d'un médecin, sans qu'ils soient expressément adressés au service ou à un spécialiste précisément nommé, car dans ce cas, ils prennent un rendez-vous pour une consultation préalable.

Soins directs :

Activités convergeant sur le malade individuellement et accomplies auprès de ce dernier : donner des soins, observer le patient, l'accompagner, s'entretenir avec lui au sujet de sa santé, évaluer les soins prodigués, etc.

Soins indirects :

Activités hors de la présence du malade : préparer du matériel, s'entretenir avec la famille du patient, tenir à jour les dossiers, contrôler l'activité du personnel, apprendre aux élèves, établir des horaires de travail, des plans de congés, etc.

Tâches hôtelières :

Activités du personnel auxiliaire soignant centrées sur la distribution des repas, des boissons, du nettoyage dans l'environnement direct du malade, etc. Définition basée sur la conception particulière de ces occupations, dans l'esprit du "Guide pratique pour le calcul de la dotation en personnel soignant des services de malades des hôpitaux généraux". Voir deuxième partie de cet ouvrage, chiffre 3.2.2.

Unité de soins :

Groupement de chambres de malades. Elle fonctionne de façon autonome et comprend de 20 à 50 lits.

Unité de soins intensifs :

Les malades sont dans un état critique. Ils nécessitent un traitement continu assuré par une équipe permanente de médecins et d'infirmières spécialement formés à cet effet.

Urgence :

Elle représente, comme son nom l'indique, le cas d'entrée de force majeure qu'il faut orienter sans délai dans le service concerné de l'hôpital ou dans un établissement voisin, s'il n'y a pas de lit disponible.

Bibliographie

A

Annuaire statistique de la Suisse
1979, 1980 et 1981

Aurousseau P. et Cheverry R. :
L'hôpital de demain
Paris, 1964, Masson et Cie, éditeurs

B

Barral P.-Etienne :
Economie de la santé : faits et chiffres
Paris, 1978, Sordas, 2 ième édition

Beer-Gabel M. :
Système hospitalier d'analyse de gestion
Revue "Ceations hospitalières", No 155, Paris, avril 1976

Bernholz Peter :
Les dangers d'un gonflement des activités de l'Etat. Comment
y faire face ?
Bulletin S.B.S. "Le mois", No 4/1981

Béroche (hôpital-maternité de la), Saint-Aubin :
Rapports 1978 et 1979
Programme du 75 ième anniversaire, 30, 31 mai et 1er juin 1980

Bombach Gottfried, Kleinewefers Henner et Weber Luc :
Problèmes économiques de la sécurité médico-sociale
Zürich, 1979, Société suisse pour la politique de la santé

Bridgman R.F. :
L'hôpital rural
Genève, 1954, Edition O.M.S.

Bridgman R.F. :
L'hôpital et la cité
Paris, 1963, Editions du Cosmos

Bridgman R.F. et Roemer M.I. :
Législation hospitalière et systèmes hospitaliers
Genève, 1973, Edition O.M.S.

Brown Gérard :
Le diagnostic d'entreprise
Paris, 1970, Entreprise moderne d'édition

C

Cadolles-Pourtalès, Unité hospitalière de Neuchâtel :
Rapports et comptes 1976 à 1980

Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
Assurance militaire, Assurance-invalidité, Fédération des
médecins suisses :
Conventions et Tarif médical

Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents :
Projet de tarif des hôpitaux

Centrale d'encaissement des hôpitaux, Neuchâtel :
Rapports 1978 à 1981

Chauvenet A. :
Professions hospitalières et division du travail
Revue "Sociologie du travail", Paris, No 2/1972

Chauvenet A. :
La qualification en milieu hospitalier
Revue "Sociologie du travail", Paris, No 2/1973

Chilard Charles :
L'humanisme hospitalier
Paris, 1962, Editions du Coamos

Clément J.M. :
Le financement des investissements
Revue "Gestions hospitalières", No 187, Paris, juin 1979

Comet P. :
L'hôpital public
Paris, 1960, Editions Berger-Levrault

Commission consultative chargée d'étudier les questions
hospitalières. Département fédéral de l'Intérieur. Office
fédéral des assurances sociales :
Rapport sur l'indemnisation des hôpitaux et sur la planifica-
tion en matière de santé publique et dans le domaine hospi-
talier
Aarau, 1976, Institut suisse des hôpitaux

Conseil de l'Europe :
Méthodes modernes de gestion utilisées dans les services
de santé
Strasbourg, 1978

Couto Richard A. :
Poverty, Politics, and Health Care. An Appalachian Experience
New York, 1975

Couvet (Hôpital du Val-de-Travers) :
1860-1960 (plaquette du centenaire)
Rapport annuel 1980

D

Dalloz Ph. et Forget M. :
Les marchés des collectivités
Paris, 1963, Editions du Cosmos

E

Exchaquet Nicole F. et Züblin Lina :
Guide pour le calcul de la dotation en personnel soignant des
services de malades des hôpitaux généraux
Berne, 1975, Edition : Etude des soins infirmiers en Suisse

F

Felicetti Daniel A. :
Mental Health and Retardation Politics.
The Mind Lobbies in Congress
U.S.A., 1975

Fleurier (hôpital de) :
L'hôpital de Fleurier, 1868-1968 (plaquette du centenaire)
Rapports annuels 1978 à 1980

Forges J.M. :
L'hospitalisé
Paris, 1975, Berger-Levrault, éditeur

Fourcade J. :
Auto-financement des hôpitaux publics
Revue "Gestions hospitalières", No 135, Paris, avril 1974

G

Gilliand Pierre :
Réapproprier la santé
"Journée de politique sociale", Genève, 16 novembre 1979

Gilliand Pierre :
L'hospitalisation en Suisse. Statistiquea 1936-1978. Quel
avenir ?
Aarau, 1980, Institut suisse des hôpitaux

Goddard H.A. :
Principes d'administration des services infirmiers
Genève, 1960, Edition O.M.S.

Gottraux Martial :
La logique sociale de la prévention
"Journée de politique sociale", Genève, 16 novembre 1979

Grenon A., Pinson G., Gauthier P.-H. :
L'analyse des coûts à l'hôpital
Paris, 1981, Edition Bordas

Grundy F., Reinke W.A. :
Recherche en organisation sanitaire et techniques de
management
Genève, 1973, Edition O.M.S.

Gygi Pierre, Henny Heiner :
Le secteur sanitaire suisse
Berne, 1976, Editions Hans Huber

H

Hacquart G. :
Aspects économiques de l'unité de soins hospitalière
(Thèse de doctorat) Editions médicales et universitaires,
Paris, 1976

Hilleboe H.E., Barkhaus A. et Thomas Jr W.C. :
La planification sanitaire nationale
Genève, 1973, Edition O.M.S.

Hoby Gottfried :
Politique générale et politique de la santé publique en
Suisse. Essai de synthèse
Aarau, 1976, Institut suisse des hôpitaux

Hyman Herbert Harvey :
The Politics of Health Care
Nine Case Studies of Innovative Planning in New York City
U.S.A., 1973

J

Jolly Dominique :
Economie de la santé. Bibliographie choisie et annotée
Genève, Institut Sandoz ; Paris, 1977, Dunod et Bordas

K

Knüsel René et Zurita Félix :
Aux origines de la politique sociale en Suisse. Une sécurité
pourquoi ?
"Journée de politique sociale", Genève, 16 novembre 1979

L

La Chaux-de-Fonds (hôpital de) :
Rapports annuels 1952 à 1980

Lachêze-Pasquet P. :
L'administration de l'hôpital
Paris, 1963, Editions Berger-Levrault

Landeyeux, Hôpital du Val-de-Ruz :
1870-1970 (plaquette du centenaire)
Rapport annuel 1980

Le Locle (hôpital) :
Rapports annuels 1972, 1978 et 1979

Lévy E., Sungenet M., Duménil G., Lafarge H. :
Introduction à la gestion hospitalière
Paris, 1977, Editions Bordas

Likert Rensis :
Le gouvernement participatif de l'entreprise
Paris, 1974, Edition Gauthier-Villars

Lorrang F. :
L'analyse de gestion au Centre hospitalier de Metz
Revue "Gestions hospitalières", No 155, Paris, avril 1976

M

March J.G. et Simon H.A. :
Les organisations
Paris, 1971, Dunod

Montandon André :
Directeurs ou administrateurs de nos hôpitaux, ne souhaiteriez-vous pas, pour une meilleure gestion et un contrôle plus méthodique, quelques améliorations de notre plan comptable VESKA ?
"Revue VESKA", Aarau, 1963, pages 676 et suivantes

N

Neuchâtel, Etat :
- Rapport du Conseil d'Etat à l'appui d'un projet de loi sur l'aide hospitalière, du 2 juin 1967
- Rapport de commission du Grand Conseil concernant la loi sur l'aide hospitalière, du 7 novembre 1967
- Loi sur l'aide hospitalière, du 22 novembre 1967, révisée les 22 mars 1972, 18 juin 1973 et 20 juin 1978
- Convention neuchâteloise d'hospitalisation, du 22 octobre 1974

- Politique hospitalière, rapport de commission du Grand Conseil, du 25 juin 1975
- Convention d'hospitalisation hors du canton en cas de force majeure, du 7 décembre 1978
- Rapports du Département de l'Intérieur, exercices 1978 à 1980
- Rapports du Service de la santé publique, exercices 1978 à 1981

Neuchâtel (ville de) :
Règlement général de la Commune de Neuchâtel,
du 17 mai 1972

O

Organisation mondiale de la santé :
Méthodes modernes de gestion et organisation des services de santé
Cahier de santé publique No 55, Genève, 1974

Otge P. :
L'analyse de gestion au Centre hospitalier régional de Montpellier
Revue "Gestions hospitalières", No 155, Paris, avril 1976

P

Paetznick Marguerite :
Guide pour la dotation d'un hôpital en personnel infirmier
Genève, 1968, Edition O.M.S.

Perreux (hôpital psychiatrique cantonal de) :
Rapports annuels 1970 à 1980

Préfargier (maison de santé de) :
La maison de santé de Préfargier 1849-1949
(plaquette du centenaire)
Rapports annuels 1930, 1940, 1950, 1960, 1970, 1978, 1979 et 1980

Préfargier (maison de santé de) :
Etude traitant des structures des divisions, des catégories de patients et des postes de travail du personnel soignant
1981

Providence (hôpital de la), Neuchâtel :
Rapports annuels 1930, 1940, 1949-1950, 1960, 1970, 1978 et 1979

R

Raynaud P. :

Un nouvel humanisme hospitalier

"La revue hospitalière de France", No 327, janvier 1980

Rentchnick Pierre et Kocher Gerhard :

Chère médecine

Lausanne, 1979, Editions Pierre-Marcel Favre

Rettig R. :

Construction d'un système d'information au Centre hospitalier régional de Toulouse

Revue "Gestions hospitalières", No 155, Paris, avril 1976

Ritter Hubert :

Der Krankenhausbau

Stuttgart, 1954, Julius Hoffmann Verlag

Robertson Leon S., Kosa John, Heagarty Margaret C.,

Haggerty Robert J., Alpert Joel J. :

Changing the Medical Care System. A Controlled Experiment in Comprehensive Care

U.S.A., 1974

Rochaix Maurice :

Essai sur l'évolution des questions hospitalières de la fin de l'ancien régime à nos jours

Paris, 1959, Fédération hospitalière de France

Roemer Milton I. :

Evaluation des centres de santé

Genève, 1973, Edition O.M.S.

Roussel Ph. :

Des exclues dans l'hôpital ? Les infirmières

Revue "Gestions hospitalières", No 155, Paris, avril 1976

S

Sandier S. :

La consommation d'analyses médicales. Evolution et étude régionale

"Revue de la Sécurité sociale", No 193, Paris, 1967

Service cantonal de la santé publique, Neuchâtel :

Statistiques et comptes d'exploitation des établissements hospitaliers neuchâtelois

Exercices 1978 à 1981

Sonrier André :

Manuel pratique de comptabilité hospitalière

Paris, 1962, Editions Berger-Levrault

Steudler F. :
L'hôpital en observation
Paris, 1974, Editions Armand Colin

T

Thackray John :
America's medical mess
Revue "Management Today", London, Sept. 1980

Tripet Edgar :
Les hôpitaux de La Chaux-de-Fonds
1966

U

Universität Zürich :
Das Krankenhauswesen. Vorlesungen und Kolloquien.
Krankenhausprobleme der Gegenwart
Band 5, 6, 7 und 8, 1973 und 1974

V

Vandenschrik J. :
Les soins globaux au malade. Retentissement dans l'organisation du travail hospitalier
Revue "Techniques hospitalières", No 374, Paris, novembre 1976

Vaud (canton de) :
Rapports, exposés, conventions, directives provisoires, programme d'investissement, statistiques d'activité sanitaire 1979 et loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public

VESKA :
Plan comptable et Statistique des hôpitaux et cliniques suisses
Aarau, 1971

VESKA :
Comptabilité analytique des établissements hospitaliers suisses
Aarau, 1975

Vogler Paul et Hassenpflug Gustav :
Handbuch für den neuen Krankenhausbau
München und Berlin, 1962, Urban und Schwarzenberg Verlag

W

Westermann M.J. :

L'absentéisme du personnel hospitalier

"Revue hospitalière de France", No 315, Paris, novembre 1978

Répertoire des tableaux et schémas

Tableaux

1	Etat des hôpitaux neuchâtelois à fin 1980	30
2	Hôpital de La Chaux-de-Fonds. Déficits et subventions de 1955 à 1967	33
3	Couverture des charges en 1978, 1979 et 1980 pour l'ensemble des hôpitaux du canton de Neuchâtel	84
4	Variation des frais hospitaliers en fonction du degré d'occupation	110
5	Situation des maternités en 1980	111
6	Nombre optimum de lits dans les hôpitaux pour soins physiques, avec un degré d'occupation de 85 %	114
7	Dépenses pour le personnel dans l'ensemble des hôpitaux du canton	116
8	Comptes 1980. Charges salariales par hôpital	117
9	Comptes 1980. Salaires du corps médical	118
10	Répartition du temps de travail journalier dans l'ensemble des divisions de soins de la Maison de santé de Préfargier	128
11	Personnes occupées au 31 décembre 1970 pour 100 lits d'hôpitaux (sans les établissements universitaires)	139
12	Prix de pension pour patients adultes, non conventionnels, valables du 1er novembre 1979 au 31 octobre 1980	158
13	Pourcentage de couverture des coûts des divisions de lits par les usagers en 1980	160
14	Valeurs de diverses prestations médicales. Situation en 1980	161
15	Hôpital de La Chaux-de-Fonds. Prix de revient des services médico-techniques et comparaison avec la facturation aux malades hospitalisés et ambulatoires	164
16	Unité hospitalière Cadolles-Pourtalès et Maternité, Neuchâtel. Prix de revient des services médico-techniques et comparaison avec la facturation aux malades hospitalisés et ambulatoires	165

17	Unité hospitalière Cadolles-Pourtalès et Maternité, Neuchâtel. Prix de revient des services médico-techniques et comparaison avec la facturation aux malades hospitalisés et ambulatoires. Ensemble des trois établissements	166
18	Hôpital de la Providence, Neuchâtel. Prix de revient des services médico-techniques	167
19	Hôpital psychiatrique de Préfargier. Prix de revient des services médico-techniques	168
20	Prix de revient moyens des divisions de lits en 1980, par journée de malade adulte, utilisés pour l'établissement des nouveaux tarifs de pension proposés	174
21	Prix de pension 1980 par journée de malade adulte, comparés aux tarifs proposés	175
22	Prix de certaines prestations médico-techniques	179
23	Comparaison des points C.N.A. et Veska	180
24	Cas forfaitaires. Récapitulation par hôpital en 1980	183
25	Répartition de la subvention cantonale pour l'exercice 1980	185
26	Subventions cantonales et des communes en 1980	188
27	Subventions communales destinées aux hôpitaux. Situation au 31 décembre 1980	192
28	Essai d'établissement des déficits sur cas conventionnels en 1980	206
29	Etat des 14 communes qui subiraient, avec la solution proposée, des augmentations de leurs parts aux subventions	208
30	Etat des 48 communes qui obtiendraient, avec la solution proposée, des diminutions de leurs parts aux subventions	209

Schémas

I	Financement des dépenses hospitalières	38
II	Organigramme de l'hôpital de La Chaux-de-Fonds	104
III	Organigramme de l'hôpital de la Béroche	105

Tableaux annexés

A	Hôpital de La Chaux-de-Fonds. Coûts totaux des divisions de lits	213
B	Hôpital de La Chaux-de-Fonds. Comparaison des tarifs courants pour adultes avec le prix de revient moyen	214
C	Unité hospitalière Les Cadolles-Pourtalès, Neuchâtel. Coûts totaux des divisions de lits	215
D	Unité hospitalière Les Cadolles-Pourtalès, Neuchâtel. Comparaison des tarifs courants pour adultes avec le prix de revient moyen	216
E	Hôpital de la Providence, Neuchâtel. Coûts totaux des divisions de lits	217
F	Hôpital de la Providence, Neuchâtel. Comparaison des tarifs courants pour adultes avec le prix de revient moyen	218
G	Hôpital psychiatrique de Préfargier. Coûts totaux des divisions de lits	219
H	Hôpital psychiatrique de Préfargier. Comparaison des tarifs courants pour adultes avec le prix de revient moyen	220
J	Comparaison des prix de revient de la journée de malade en services demi-privés et privés avec les tarifs facturés à ces patients en 1980	221
K	Dépenses par habitant inscrites au budget des cantons et des communes et dépenses en matière de santé publique	222
L	Evolution de quelques données sur l'assurance-maladie	223

Table des matières

Avant-propos	7
PREMIERE PARTIE : Organisation du système hospitalier et partage du pouvoir	
1. Historique des hôpitaux	15
2. Partage du pouvoir	31
2.1. Pouvoir cantonal	31
2.1.1. Loi de 1967 sur l'aide hospitalière	31
2.1.2. Convention neuchâteloise d'hospitalisation	41
2.1.3. Rapport de la commission du Grand Conseil chargée de l'examen de l'ensemble de la politique hospitalière, du 25 juin 1975	44
2.2. Le pouvoir au niveau des hôpitaux : les commissions administratives	48
2.2.1. Commission consultative régionale des hôpitaux des Cadolles et Pourtalès, Neuchâtel	49
2.2.2. Commission de l'hôpital de La Chaux-de-Fonds	50
2.2.3. Commission de la fondation de l'hôpital de la Providence, Neuchâtel	53
2.2.4. Comité de la fondation de l'hôpital du Locle	54
2.2.5. Commission générale de la fondation de l'hôpital du Val-de-Ruz, Landeyeux	56
2.2.6. Commissions administratives de l'unité hospitalière du Val-de-Travers. Hôpitaux de Fleurier et de Couvet	58
2.2.7. Commission générale de la fondation de l'hôpital-maternité de la Béroche, St-Aubin	60
2.2.8. Comité directeur de l'hôpital psychia- trique cantonal de Perreux	62
2.2.9. Commission de surveillance de la fondation de la Maison de santé de Préfargier	63
3. Principes d'une politique hospitalière à l'échelon fédéral	65

4. Etude de systèmes hospitaliers	68
4.1. Analyse comparative des systèmes vaudois et neuchâtelois	68
4.2. Systèmes hospitaliers étrangers	72
5. Analyse et propositions	80
5.1. Pouvoir cantonal	80
5.2. Pouvoir au niveau des hôpitaux	87

DEUXIEME PARTIE : Structure interne des hôpitaux

1. Introduction	97
2. Organisation hospitalière interne et partage des responsabilités	99
2.1. Président de la commission et administrateur	100
2.2. Président de la commission et médecins-chefs	101
2.3. Organigrammes des hôpitaux	101
3. Facteurs principaux de contrôle des coûts	106
3.1. Calcul du nombre optimum de lits	106
3.2. Personnel	115
3.2.1. Corps médical	117
3.2.2. Dotation en personnel soignant pour les divisions de lits	126
3.2.3. Dotation en personnel pour les services médico-techniques ainsi que pour les départements hôteliers, techniques et administratifs	134
3.2.4. Conditions générales de travail pour le personnel des établissements et maisons affiliés à l'ANEM-ANEMPA	135
3.2.5. Statistiques et politique du personnel	138
3.3. Création d'une centrale d'achats	141
3.4. Groupement de certaines assurances	142
3.5. Rationalisation de l'informatique et des frais administratifs	143

TROISIEME PARTIE : Partage des charges financières

1. Introduction	149
-----------------	-----

2. Financement par les usagers	151
2.1. Systèmes de comptabilités utilisés dans les hôpitaux	151
2.1.1. Comptabilité financière	151
2.1.2. Comptabilité analytique d'exploitation	153
2.2. Tarification et coûts d'après le détail des prestations	157
2.2.1. Pension	157
2.2.2. Services médico-techniques	159
2.2.2.1. Principes généraux	159
2.2.2.2. Correspondance entre les tarifs et les coûts des services médico-techniques	163
2.2.3. Médicaments	169
2.3. Tarification forfaitaire	170
2.4. Aménagements souhaitables	172
2.4.1. Prix de pension	172
2.4.2. Tarifs des services médico-techniques	176
3. Financement par les collectivités publiques	181
3.1. Aide indirecte	181
3.2. Aide directe	184
3.3. Analyse et propositions de réforme	194
3.3.1. Inconvénients du système actuel	194
3.3.2. Autres modes de financement des déficits hospitaliers	196
3.3.3. Aménagements souhaitables concernant la couverture des déficits des hôpitaux neuchâtelois	200
Tableaux annexés	213
Liste des abréviations	225
Lexique	227
Bibliographie	231
Répertoire des tableaux et schémas	241
