

Projet présenté par le Conseil d'Etat

Date de dépôt: 18 mai 2005

Messagerie

Projet de loi

concernant l'adhésion à la convention intercantonale relative à la coordination et la concentration de la médecine hautement spécialisée (K 2 15.0)

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève
décrète ce qui suit :

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève,
vu l'article 99 de la constitution de la République et canton de Genève, du
24 mai 1847,

vu la convention relative à la négociation, à la ratification, à l'exécution et à
la modification des conventions intercantionales et des traités des cantons
avec l'étranger, du 9 mars 2001,

décrète ce qui suit :

Art. 1 Adhésion

Le Conseil d'Etat est autorisé à adhérer, au nom de la République et canton
de Genève, à la convention intercantonale relative à la coordination et la
concentration de la médecine hautement spécialisée du 25 novembre 2004,
dont le texte est annexé à la présente loi.

Art. 2 Exécution

Le Conseil d'Etat ainsi que le département de l'action sociale et de la santé,
dans l'exercice des compétences que leurs confèrent les lois et règlements,
sont chargés de l'exécution de l'accord.

Art. 3 Adaptation

L'annexe à la convention est adaptée par la Conférence des directrices et directeurs de la santé conformément aux articles 2 alinéa 2 et 3 alinéa 3 de la convention.

Certifié conforme
Le chancelier d'Etat : Robert Hensler

Annexe : Convention intercantonale

ANNEXE**Convention intercantonale
relative à la coordination et à la
concentration de la médecine
hautement spécialisée du 25
novembre 2004**

(K 2 15)

Les cantons parties à la présente convention décrètent ce qui suit :

Section I Dispositions générales**Art. 1 But et contenu**

La présente convention a pour but d'assurer la coordination de la médecine hautement spécialisée entre les cantons ainsi que sa concentration dans l'intérêt d'une prise en charge médicale de haute qualité. Fait l'objet de ladite convention la planification intercantonale de domaines de la médecine hautement spécialisée dont la dispensation exige certaines capacités sous forme de personnel et d'infrastructure.

Art. 2 Champ d'application

¹ La présente convention règle la coordination entre les cantons et la concentration des domaines de la médecine hautement spécialisée mentionnés dans l'annexe à la présente convention (ci-après : annexe).

² L'annexe est réexaminée au moins tous les deux ans et, le cas échéant, adaptée. Chaque canton partie à la présente convention, la commission intercantonale « Concentration de la médecine hautement spécialisée » (ci-après : CICOMS) et la conférence universitaire suisse (CUS) peuvent proposer l'admission d'un domaine supplémentaire dans l'annexe ou inversement la suppression de domaines qui y figurent déjà.

Art. 3 Exécution de la convention

¹ La Conférence des directrices et directeurs de la santé (ci-après : CDS) est chargée de l'exécution de la convention. Pour ce faire, elle institue la CICOMS.

² Un organe commun formé paritairement de membres de la CUS et de la CDS garantit la participation de la CUS et des offices fédéraux responsables de la science et de la recherche aux réflexions et aux décisions de la CDS.

³ La CDS décide de modifier l'annexe à la présente convention après consultation de la CICOMS et compte tenu des critères suivants :

- a) qualité ;
- b) économicité ;
- c) efficacité ;
- d) utilité ;
- e) durée d'application technique et économique ;
- f) disponibilité de personnel hautement qualifié et formation d'équipes ;
- g) importance du lien avec la recherche et l'enseignement ;
- h) financement.

⁴ La CDS prend toutes les décisions concernant la Convention intercantonale relative à la coordination et à la concentration de la médecine hautement spécialisée (ci-après CICC) à la majorité simple.

Section 2 Obligation et principes de planification

Art. 4 Obligation de planification

¹ Pour chaque domaine figurant dans l'annexe, les cantons de domicile et les autres cantons responsables des installations en question ainsi que les cantons envisageant d'exploiter ou de faire exploiter à l'avenir une telle installation sur leur territoire, sont tenus de planifier en commun les installations et leurs capacités dans le domaine respectif. Cette disposition ne s'applique pas aux hôpitaux privés non subventionnés pour autant qu'ils ne tombent pas explicitement sous le coup de l'obligation de planifier des cantons prévue par le droit fédéral.

² Les cantons selon l'alinéa 1 soumettent à la CICOMS les résultats de leur planification et leur proposition d'attribution de capacités aux installations à exploiter ou de suppression de ces installations.

³ Lorsqu'il n'existe en Suisse qu'une seule installation exploitée ou qu'il est prévu d'exploiter dans un domaine figurant dans l'annexe, le canton abritant l'installation soumet à la CDS, seul ou en commun avec d'autres cantons, la planification en question avec la proposition d'attribution de la capacité ou de suppression de l'installation.

Art. 5 Principes généraux de la planification

¹ Lors de la planification des domaines de la médecine hautement spécialisée sujets à concentration, on tiendra compte des durées d'accès aux soins urgents.

² La planification doit être en adéquation avec les priorités de l'enseignement et de la recherche universitaires.

³ La planification tient compte des interdépendances entre les différents domaines médicaux hautement spécialisés.

⁴ Dans leurs rapports avec les prestataires privés, les pouvoirs publics doivent veiller au maintien de leur souveraineté en matière de planification.

⁵ La planification de la médecine hautement spécialisée tient compte des prestations du système de santé suisse en faveur de l'étranger.

⁶ Lors de la planification nationale des prestations médicales hautement spécialisées, il convient de favoriser la coopération au cas par cas avec les pays voisins.

⁷ La planification nationale des prestations médicales hautement spécialisées a pour but de créer des centres de compétences nationaux disposant d'équipes de spécialistes. Afin de réaliser des synergies, on veillera à concentrer les prestations médicales hautement spécialisées sur un nombre restreint de centres de compétences multidisciplinaires.

⁸ Les cantons sont tenus d'harmoniser leur politique d'engagement de personnel dans les milieux hospitalier et universitaire avec les planifications nationales dans le domaine de la médecine hautement spécialisée.

Art. 6 Principes spécifiques de la planification des capacités

On tiendra compte des principes suivants lors de l'attribution des capacités :

- a) La totalité des capacités disponibles en Suisse est calculée de telle façon qu'elle ne dépasse pas le nombre de traitements prévisibles d'après une appréciation critique complète.
- b) Le nombre des cas de traitement obtenu pour une installation particulière et pour une période donnée ne doit pas se situer en dessous de la masse critique en termes de sécurité médicale et de rentabilité.
- c) On tiendra compte des possibilités de collaboration avec des centres étrangers.

Art. 7 Conséquences pour les listes cantonales des hôpitaux

Les cantons ne peuvent faire figurer sur leur liste des hôpitaux admis à pratiquer à charge de l'assurance-maladie selon l'article 39 LAMal, des installations ou capacités de la médecine hautement spécialisée qui n'ont pas été approuvés par la CDS. Cette disposition ne s'applique pas aux hôpitaux privés non subventionnés, pour autant qu'ils ne tombent pas explicitement sous le coup de l'obligation de planifier des cantons prévue par le droit fédéral.

Art. 8 Approbation de la planification

Sur proposition de la CICOMS, la CDS approuve les planifications définitives dans les domaines mentionnés dans l'annexe.

Section 3 Commission intercantonale

Art. 9 Commission intercantonale « Concentration de la médecine hautement spécialisée » (CICOMS)

¹ La CICOMS est constituée de 13 membres au minimum et de 16 membres au maximum. Tous les cantons dotés d'un hôpital universitaire sont représentés chacun par un membre, cinq membres représentent les autres cantons et au maximum six membres représentent d'autres organisations.

² Les membres de la CICOMS sont aptes et disposés à mettre au premier plan – lors de leurs activités en commission – l'intérêt général supérieur dans une optique nationale plutôt que de défendre des intérêts particuliers.

³ L'organisation et le fonctionnement de la CICOMS sont précisés dans un règlement à part. Celui-ci doit être approuvé par le comité directeur de la CDS.

Art. 10 Nominations et durée de fonction

¹ Le comité directeur de la CDS nomme les membres, de même que la présidente ou le président de la CICOMS. S'agissant des représentants des cantons, la nomination se fait sur proposition du département de la santé publique du canton représenté. La CDS désigne le ou la présidente(e) parmi ces membres.

² La durée de fonction des membres de la CICOMS est de quatre ans ; ils sont rééligibles et peuvent être destitués.

Art. 11 Tâches

La CICOMS remplit en particulier les tâches suivantes :

- a) élaborer des propositions, à l'intention de la CDS, sur des domaines de la médecine hautement spécialisée devant être subordonnés à une planification au niveau national ;
- b) inviter les cantons à établir une planification au niveau national des prestations de la médecine hautement spécialisée mentionnées dans l'annexe ;
- c) garantir la coordination dans le cadre de la planification commune ;
- d) élaborer des propositions à l'intention de la CDS sur les capacités des fournisseurs de prestations et leur site ;
- e) surveiller la mise en œuvre de la planification commune ;
- f) remettre au comité directeur de la CDS un rapport annuel sur l'état de ses travaux.

Section 4 Finances

Art. 12 Répartition des coûts

Les coûts de l'activité de la CICOMS, de son secrétariat et des commissions spéciales sont pris en charge par les cantons parties à la convention au prorata de leur population.

Section 5 Règlement des différends

Art. 13 Procédure de règlement des différends

¹ Les parties à la convention s'engagent, dans la mesure du possible, à régler leurs divergences d'opinion et leurs différends à l'amiable.

² Par l'entrée en vigueur de l'accord-cadre intercantonal (ACI) s'appliquent les dispositions y relatives concernant la procédure de règlement des différends.

Section 6 Dispositions finales

Art. 14 Adhésion et retrait

¹ L'adhésion à la CICCMM prend effet par une communication à la CDS.

² Chaque canton peut se retirer de la CICCMM par une déclaration à la CDS. Le retrait prend effet dès la fin de l'année qui suit la communication.

³ La déclaration de retrait peut être déposée au plus tôt pour la fin de la cinquième année suivant l'entrée en vigueur de la CICCMM et cinq ans après l'adhésion effective du canton sortant.

Art. 15 Entrée en vigueur

La présente convention entre en vigueur lorsque 17 cantons (y compris les cantons dotés d'un hôpital universitaire) y ont adhéré et après publication dans le Recueil officiel des lois fédérales ; pour les cantons y adhérant ultérieurement, la convention entre en vigueur par la publication de leur adhésion dans ce même organe.

Art. 16 Durée de validité et abrogation

¹ La durée de validité de la CICCMM est illimitée.

² La CICCMM devient caduque si le nombre des cantons adhérents tombe au-dessous de dix-sept ou si un canton doté d'un hôpital universitaire se retire.

Art. 17 Modification de la CICCMM

Les parties à la convention entament des négociations lorsqu'elles constatent qu'une adaptation de la convention s'impose. La CDS procède à l'adaptation lorsque trois cantons en font la demande. L'adaptation entre en vigueur aux conditions énoncées à l'article 15.

Berne, le 25 novembre 2004

Au nom de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS).

Le président :

Docteur Markus Dürri, conseiller d'Etat

le secrétaire central :

Franz Wyss

Annexe à la Convention intercantonale du 25.11.2004 relative à la coordination et concentration de la médecine hautement spécialisée (CICCM)

Conformément à l'article 2 de la présente convention intercantonale, les domaines de la médecine hautement spécialisée nécessitant une concentration sur le plan national sont les suivants :

- a) Neuroradiologie interventionnelle ;
- b) Transplantation de cellules souches hématopoïétiques ;
- c) Chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle pédiatriques ;
- d) Parties de l'ophtalmologie ;
- e) Chirurgie de l'hypophyse ;
- f) Grandes brûlures ;
- g) Transplantations d'organes (de donneurs décédés et vivants) ;
- h) Tomographie par émission de positrons (TEP) ;
- i) Protonthérapie.

Cette liste a été approuvée par la CDS le 25 novembre 2004.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames et
Messieurs les députés,

I. INTRODUCTION

Si la compétence de planification hospitalière relève, au titre de la LAMal et de son article 39 alinéa 1, des cantons, la LAMal exige également que « les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible » (article 43 alinéa 6).

La question d'une collaboration et d'une coordination plus étroites en matière de médecine hautement spécialisée est à cet égard centrale : la masse critique des patients nécessaire au maintien du niveau de qualité et de sécurité requis n'est pas atteinte en cas de dispersion des prestations de médecine de pointe, et le coût ainsi que l'efficacité des prestations ne sont pas optimaux lorsque le nombre de cas traités reste faible.

La nécessité de collaborer dans ce domaine hautement spécialisé a été reconnue depuis plusieurs années par les acteurs concernés, et a donné lieu à la création de divers groupes de travail ou structures ayant pour but de progresser en la matière¹.

1. Travaux de préparation de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)

La CDS a instauré dès 1999 un groupe de travail chargé de formuler un mode de collaboration propice à la collaboration et la coordination en matière de médecine hautement spécialisée.

Un rapport a été rédigé et mis en consultation en été 2003 suite aux travaux du groupe, sur base duquel a été rédigée la Convention intercantonale relative à la coordination et concentration de la médecine hautement spécialisée (CICCM) et le règlement d'organisation de la Commission intercantonale « Concentration de la médecine hautement spécialisée » (CICOMS). La CICOMS a été instituée formellement en juillet 2004, afin de poursuivre sans délai les réflexions et travaux nécessaires au niveau médical.

La convention CICCM a été votée par l'ensemble des membres de la CDS le 25 novembre 2004.

¹ Association Vaud-Genève. Groupement des 15. Groupe dit « Kleiber ». Groupe de la CDS « Médecine de pointe ».

2. Principes de la convention

La convention a pour but de planifier et de répartir la médecine hautement spécialisée à l'échelle suisse. Afin d'y parvenir, la CDS prend des décisions contraignantes pour les cantons en ce qui concerne l'organisation de la médecine hautement spécialisée. En conséquence, les cantons cèdent à l'assemblée plénière de la CDS leur souveraineté en matière de planification de certains domaines de la couverture médicale stationnaire. En contrepartie, la planification de la médecine hautement spécialisée au niveau intercantonal doit permettre de continuer à garantir un haut niveau de qualité et de sécurité et d'exploiter des potentiels de rationalisation économique.

a) Catalogue des critères

Au cours des travaux d'élaboration de la CICCM, différents groupes de travail ont échoué dans leur tentative de mettre au point une définition exhaustive de la médecine hautement spécialisée. La réglementation proposée ne contient donc aucune définition rigide mais des critères qui permettent de déterminer s'il existe ou non, pour une prestation médicale, un domaine ou une installation, un besoin de coordination ou de concentration. Pour procéder à cette évaluation, il faut tenir compte des critères suivants :

1. Qualité
2. Economicité
3. Efficacité
4. Utilité
5. Durée d'application technique et économique
6. Disponibilité de personnel hautement qualifié et formation d'équipes
7. Importance d'un lien avec la recherche et la formation
8. Financement

b) Liste des prestations médicales hautement spécialisées

Sur la base du catalogue des critères, le groupe de travail s'est attaché à identifier les traitements et domaines présentant un potentiel de coordination ou de concentration. Pour tenir compte de la dynamique qui caractérise la médecine hautement spécialisée, c'est à dessein que les domaines désignés ne sont pas intégrés dans la convention mais figurent seulement dans l'annexe. Cette solution garantit que d'autres domaines puissent y être rajoutés, ou inversement que des domaines qui y figurent

déjà puissent être supprimés sans qu'il soit nécessaire de modifier la convention, laquelle devrait à nouveau être ratifiée par les cantons. A ce jour, les domaines et traitements à analyser sont :

1. Transplantation de cellules souches hématopoïétiques
2. Chirurgie de l'hypophyse
3. Neuroradiologie interventionnelle
4. Chirurgie du cœur et cardiologie pédiatriques
5. Parties de l'ophtalmologie
6. Transplantation d'organes
7. Tomographie par émission de positrons (TEP)
8. Protonthérapie
9. Grandes brûlures

3. La Commission intercantonale « concentration de la médecine hautement spécialisée » (CICOMS)

La CICOMS est l'organe opérationnel qui applique la CICCM et, dans cette fonction, elle agit aux interfaces entre l'administration, la politique et la science. Sa tâche est d'accompagner les processus de coordination et de concentration dans des domaines sélectionnés de la médecine hautement spécialisée. Ce faisant, elle adresse des recommandations à la CDS concernant des domaines d'activité de la médecine hautement spécialisée qu'il convient de soumettre à une planification nationale. Elle invite aussi les cantons à élaborer une telle planification. Durant tout le processus, elle est en outre l'interlocutrice des parties concernées. Enfin, elle surveille la mise en œuvre de la planification commune dans les différents domaines et peut demander à la CDS une révision de la liste des prestations médicales hautement spécialisées présentant un besoin de coordination ou de concentration ou encore lui proposer certains mandats de prestations.

4. Réforme de la péréquation et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT)

Dans le cadre du projet commun de la Confédération et des cantons « Réforme de la péréquation et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons », la médecine hautement spécialisée a été identifiée comme l'un des domaines qui devait être organisé à l'échelle intercantonale dans l'idée d'un accomplissement plus efficace et efficient des tâches. Ainsi, la RPT prévoit que des règles doivent être fixées au niveau national pour la planification et l'attribution des capacités en matière de

médecine hautement spécialisée. Elle soumet donc le domaine de la médecine de pointe à la collaboration intercantonale assortie d'une compensation des charges. Ce nouvel instrument introduit par la RPT doit renforcer la collaboration entre les cantons et garantir que ceux qui profitent de la prestation d'un autre canton en paient aussi le prix. En contre-partie, ils bénéficient d'un droit de co-gestion adéquat.

a) Ancrage légal de la RPT

L'ancrage légal de la collaboration intercantonale doit, selon la RPT, s'effectuer essentiellement dans le cadre de conventions intercantionales spécifiques, qui complètent la législation fédérale pertinente, notamment dans le domaine de l'assurance-maladie et de l'assurance accidents. Au niveau constitutionnel, le projet prévoit d'introduire un cadre procédural minimal indispensable au fonctionnement de la collaboration intercantonale. Les nouveaux alinéas 4 et 5 de l'article 48 Cst.² règlent de manière claire la délégation de compétences à des organes compétents dans le cadre de conventions ainsi que le rapport entre le droit conventionnel intercantonal et le droit cantonal. En introduisant le nouvel article 48a Cst., on crée la base qui permettra de déclarer obligatoire la collaboration intercantonale dans neuf domaines particuliers, notamment la médecine hautement spécialisée (obligation d'adhérer et déclaration de force obligatoire générale). Au niveau législatif, la loi fédérale sur la péréquation financière et la compensation des charges -révisée dans le cadre de la RPT- fixe les dispositions minimales applicables à la collaboration intercantonale assortie d'une compensation des charges³(article 11 PFCC). Au surplus, la loi fédérale sur la péréquation

² Art. 48, alinéas 4 et 5 Cst. fédérale :

⁴Les cantons peuvent, par une convention, habiliter un organe intercantonal à édicter pour sa mise en œuvre des dispositions contenant des règles de droit, à condition que cette convention :

- a. soit adoptée selon la procédure applicable aux lois;
- b. fixe les grandes lignes de ces dispositions.

⁵Les cantons respectent le droit intercantonal.

³ Art. 11 de la loi fédérale sur la péréquation financière et la compensation des charges (PFCC) du 3 octobre 2003 :

La collaboration intercantonale assortie d'une compensation des charges vise les buts suivants :

- a. garantir une offre minimale de services à la collectivité;
- b. exécuter des tâches cantonales collectivement et de manière rationnelle;
- c. compenser de manière équitable les coûts des services profitant à plusieurs cantons en assurant aux cantons concernés une participation adéquate aux décisions et à la mise en œuvre.

financière introduit la distinction entre l'accord-cadre intercantonal (ACI) et les différentes conventions intercantionales. L'ACI devrait servir de « constitution » à la collaboration intercantonale assortie d'une compensation des charges et être valable pour toutes les conventions intercantionales spécifiques. Ces dernières doivent ensuite fixer les modalités de la collaboration dans chaque domaine particulier.

b) Mise en œuvre de la CICCMM dans le cadre de la RPT

La CDS s'est prononcée en faveur de la mise en œuvre d'une convention intercantonale dans le cadre de la RPT, en particulier parce que les bases relevant du droit constitutionnel, de la législation fédérale et intercantonale sont données. L'entrée en vigueur des dispositions pertinentes de la RPT se fera au 1^{er} janvier 2008 au plus tôt, alors que la CICCMM doit entrer en force au plus tard en janvier 2006. En revanche, pour les cantons, la CDS ne peut prendre des décisions contraignantes qu'au printemps 2008. C'est pourquoi, durant la période transitoire jusqu'à l'entrée en vigueur des dispositions RPT, il s'agit de faire preuve de pragmatisme. Cette démarche est soutenue dans la mesure où l'accord-cadre intercantonal (ACI)⁴ sera ratifié par les cantons en même temps que la CICCMM au cours de l'année 2005 et devra pouvoir entrer en vigueur.

5. Procédures de décision dans le cadre de la CICCMM

La CICCMM désigne l'assemblée plénière de la CDS en tant qu'organe intercantonal qui fixe les règles de droit dans le domaine de la coordination et concentration de la médecine hautement spécialisée. La CDS institue la CICOSMS et la charge d'appliquer la convention au niveau opérationnel. Ladite commission surveille la mise en œuvre des planifications communes et examine au moins tous les deux ans l'annexe de la CICCMM. De plus, la CICOSMS prépare des propositions à l'intention de la CDS quant à d'autres traitements, domaines ou installations de la médecine hautement spécialisée à soumettre à une planification au niveau national. Elle peut le faire de sa propre initiative ou sur mandat de la CDS ou de la Conférence universitaire suisse (CUS).

⁴ cf. annexe 3

a) Inclusion de l'enseignement et de la recherche

Un organe commun, composé paritairement des membres de la CUS et de la CDS, doit garantir que soient incluses dans la procédure de décision les instances compétentes en matière de science et de recherche en médecine hautement spécialisée. L'organe commun traite en particulier les propositions de la CICOMS formulées à l'intention de la CDS et peut rédiger des co-rapports destinés à la CUS et à la CDS.

b) Principes de planification

La planification nationale de certains traitements, domaines ou installations de la médecine hautement spécialisée doit être organisée en fonction des prestations. Cela signifie que font l'objet d'une planification nationale les prestations médicales dont la dispensation exige certaines capacités sous forme de personnel et d'infrastructure, et non les lits d'hôpitaux par exemple.

Dès le moment où la planification intercantonale a été définitivement approuvée par la CDS, les cantons n'ont plus l'autorisation d'inscrire ou d'inclure dans leur liste des hôpitaux admis à pratiquer à charge de l'assurance-maladie en vertu de l'article 39 LAMal des institutions ou capacités de la médecine hautement spécialisée qui ne correspondent pas à la planification de la CDS. Cette dernière peut octroyer des délais transitoires par domaine. Les décisions de la CDS respectivement les travaux de planification des cantons ainsi que de la CICOMS sont à mettre sur un pied d'égalité avec la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons selon l'article 39 alinéa 1 lettre d LAMal.

Avant l'entrée en vigueur de la CICCMM, la CICOMS effectuera d'autres travaux concernant la structure et le contenu des planifications qu'elle doit mener à bonne fin au niveau intercantonal dans le cadre de la convention.

c) Prise en compte des prestataires privés

La CICCMM trouve sa base légale dans la RPT. En parallèle, les dispositions de la loi sur l'assurance-maladie servent comme base légale concernant les prescriptions sur la planification. Pourtant, on ne saura pour l'instant dériver de la LAMal une autorité de planification de la part des cantons sur les cliniques strictement privées.

Ainsi, la CICCMM ne concerne pas les hôpitaux privés non subventionnés, aussi longtemps que, selon le droit fédéral, ils ne tombent pas explicitement sous le coup de l'obligation de planifier des cantons. Or, dès

que les cantons seront tenus par la LAMal à verser des contributions de base à des fournisseurs de prestations privés, ceux-ci devront également être subordonnés à l'obligation de planification des cantons.

6. Financement

Il faut en principe faire une distinction entre les coûts supplémentaires, sous forme de coûts administratifs soumis à la CDS ou aux cantons, occasionnés par l'application de la CICCM, et l'indemnisation forfaitaire des coûts qui résultent de la dispensation des prestations médicales hautement spécialisées énumérées dans l'annexe de la convention.

a) Financement des prestations médicales hautement spécialisées

A l'heure actuelle déjà, chaque canton doit co-financer l'approvisionnement de sa propre population en prestations médicales hautement spécialisées, soit en versant des contributions d'exploitation aux fournisseurs de prestations intra-cantonaux, soit en « achetant » de telles prestations dans d'autres cantons. On admet cependant qu'en étant plus concentrée, la fourniture des prestations médicales hautement spécialisées sera au final moins onéreuse pour chaque canton que ce n'est le cas actuellement.

La CICCM ne comprend pas de règles de financement. Elles seront régies par les dispositions fédérales du droit des assurances sociales en vigueur. Certaines dispositions de la législation RPT pourront éventuellement s'avérer importantes, en particulier les dispositions pertinentes sur la compensation des charges dans l'ACI.

b) Financement de l'application de la CICCM

Les coûts administratifs supplémentaires engendrés au niveau de la CDS et imputables à l'application de la CICCM seront, en vertu de l'article 12 de la CICCM, pris en charge par les cantons parties à la convention au prorata de leur population. Le budget à charge de Genève en 2005 s'élève à quelques 14 323 F.

7. Ratification par les parlements cantonaux

La convention doit, dans la mesure où elle se positionne sur un champ de compétences a priori cantonal, être ratifiée par les Parlements cantonaux. A Genève, conformément à l'article 99 de la Constitution cantonale (A 2 00), il appartient en effet au Grand Conseil d'accepter les conventions intercantionales dans les limites tracées par la constitution fédérale. Le Grand Conseil est également l'autorité d'approbation de la planification sanitaire l'article 3 alinéa 1 de la loi cantonale d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (J 3 05).

II. COMMENTAIRES ARTICLE PAR ARTICLE

Art. 1

La CICCM a pour but d'organiser en Suisse, au niveau intercantonal, la médecine hautement spécialisée afin de garantir une prise en charge médicale de haute qualité et de pouvoir exploiter des potentiels de rationalisation économique. Pour y parvenir, des planifications intercantionales doivent être établies dans différents domaines. S'agissant de l'organisation de la médecine hautement spécialisée, c'est la CDS qui prend des décisions contraignantes pour les cantons. En conséquence, ceux-ci cèdent leur souveraineté en matière de planification de certains domaines des soins stationnaires au profit de l'assemblée plénière de la CDS.

Art. 2

Le champ d'application de la présente convention s'étend aux traitements, domaines ou installations énumérés dans l'annexe à la convention. Afin de tenir compte de la dynamique de la médecine hautement spécialisée, c'est à dessein que les domaines concrets n'ont pas été intégrés dans la convention mais simplement cités dans l'annexe. Cette solution garantit l'admission d'autres domaines dans l'annexe ou la suppression de domaines y figurant déjà sans qu'il soit nécessaire de modifier la convention qui devrait alors à nouveau être ratifiée par les cantons. Les législatifs cantonaux perdent ainsi leur influence directe sur l'évolution du champ d'application de la présente convention. Chaque modification de l'annexe de la convention doit cependant être approuvée par l'assemblée plénière de la CDS, ce qui permet aux cantons d'exercer indirectement leur influence, par l'intermédiaire du membre compétent de leur exécutif. De plus, l'alinéa 2 prévoit que l'annexe est réexaminée au moins tous les deux ans et désigne quels organes disposent d'un droit de proposer l'admission de domaines supplémentaires dans l'annexe.

Art. 3

L'alinéa 1 désigne l'assemblée plénière de la CDS en tant qu'organe intercantonal qui fixe les règles de droit dans le domaine de la coordination et concentration de la médecine hautement spécialisée. Aux fins d'appliquer la convention, la CDS institue la CICOMS. En vue d'harmoniser les efforts, d'une part en matière de coordination et concentration de la médecine clinique hautement spécialisée et, d'autre part, dans le domaine de la médecine universitaire, l'alinéa 2 prévoit l'institution d'un organe commun

CUS-CDS. Cet organe est formé paritairement de trois membres de la Conférence universitaire suisse et de trois membres de la CDS. Cet organe commun sert à mieux prendre en compte l'avis des représentants de la CUS dans les réflexions et décisions de la CDS. Pour ce faire, l'organe commun doit être inséré entre la CICOMS et la CDS dans la chaîne de décision concernant la coordination et concentration de la médecine hautement spécialisée. L'organe commun traite notamment les propositions formulées par la CICOMS à l'intention de la CDS et il peut rédiger des co-rapports destinés à la CUS et à la CDS. Trois membres de l'organe commun peuvent décider le renvoi des propositions à la CICOMS. La prise de décision définitive au niveau politique relève de la compétence exclusive de l'assemblée plénière de la CDS, comme le prévoit la CICC. La CUS et la CDS délèguent chacune leurs représentants dans l'organe commun. Le président de la CICOMS assume la présidence de l'organe commun. Celui-ci se réunit en principe deux fois par an. A la demande de trois de ses membres, il est possible d'organiser des séances supplémentaires. Celles-ci sont fixées de manière à ce que la CUS puisse prendre position avant que l'assemblée plénière de la CDS ne prenne une décision. Le secrétariat central de la CDS assure le secrétariat de la CICOMS.

Du fait que la CICC ne contient pas une définition exhaustive du terme « médecine hautement spécialisée », l'alinéa 3 mentionne les critères qui doivent être pris en considération pour l'admission, dans l'annexe de la convention, de traitements, domaines ou installations de la médecine hautement spécialisée. On peut trouver des explications détaillées concernant ces critères dans le rapport final du groupe de travail « Médecine de pointe » du 29 avril 2003. La CICOMS et la CDS s'y conforment. Il convient néanmoins de souligner qu'il ne sera jamais possible de développer des critères qui, en vertu de leur clarté et de leur précision, permettront de fournir des informations définitives quant aux traitements, domaines ou installations présentant un besoin de coordination et de concentration. En fin de compte, la décision portant sur le choix des domaines et de leur site ne peut être que politique. Une telle approche pragmatique permet en fait une certaine souplesse dans l'appréciation des domaines qui peuvent ou doivent, dans le cadre du présent projet, être coordonnés ou concentrés. Cette réglementation permet de surcroît de tenir compte au mieux de la dynamique inhérente à la médecine hautement spécialisée.

L'alinéa 4 spécifie que la CDS prend ces décisions – en tant qu'organe intercantonal de la CICCMM – à la majorité simple, comme cela est prévu par l'art. 5 al. 4 des statuts de la CDS⁵. Compte tenu de la possibilité pour le Parlement fédéral de donner force obligatoire à la convention, on part du principe que l'organe intercantonal de la CICCMM fixant les règles de droit est identique à l'Assemblée plénière de la CDS.

Art. 4, 5 et 6

L'article 4 spécifie que pour les domaines figurant dans l'annexe il existe pour les cantons une obligation de planifier en commun les institutions et leurs capacités, en particulier pour les cantons de domicile et les cantons responsables des institutions concernées. Ces planifications doivent être soumises à la CICOMS (alinéa 2). Les articles 5 et 6 traitent des principes qui doivent être respectés par les cantons lors de la planification intercantonale. Ainsi, une telle planification doit prévoir des coopérations au cas par cas avec les pays voisins et promouvoir la création de centres de compétences nationaux dotés d'équipes de spécialistes. Dans cette optique, les travaux de planification ont lieu en étroite collaboration et en consultant les milieux responsables de la recherche et de l'enseignement universitaires. L'harmonisation de la politique du personnel menée par les cantons en milieux hospitalier et universitaire revêt notamment une grande importance. Lors de la planification intercantonale de la médecine hautement spécialisée, on veillera à ce que les économies réalisées grâce à la concentration du domaine clinique soient raisonnables par rapport aux frais croissants qui incombent aux patientes et patients pour accéder à ces prestations. Enfin, une telle planification s'oriente fortement d'après le nombre de cas de traitement minimaux obtenus pour une installation particulière, afin de satisfaire aux exigences de qualité et de rentabilité.

Les participants à la planification sont en outre tenus de respecter les conditions fixées par la CICOMS pour chaque domaine particulier. Celles-ci sont de nature formelle (structure du rapport de planification à déposer, délais, etc.) et matérielle (par ex. conditions concernant le nombre maximal de fournisseurs de prestations, etc.).

⁵ Art. 5 al. 4 Statuts de la CDS :

⁴L'assemblée plénière prend ses décisions à la majorité simple des votants présents, y compris la présidente ou le président qui départage en cas d'égalité.

Art. 7 et 8

L'article 7 met clairement en évidence que les cantons cèdent à la CDS leur souveraineté en ce qui concerne la planification des traitements, domaines et installations figurant dans l'annexe de la CICCM. Les listes cantonales des hôpitaux doivent donc obligatoirement être conformes aux résultats des planifications intercantionales en matière de médecine hautement spécialisée. Par analogie à l'art. 4 CICCM, on mentionnera également la réserve concernant les hôpitaux privés non subventionnés. L'article 8 mentionne explicitement que sur proposition de la CICOMS, la CDS approuve les planifications définitives. Ce faisant, la CDS fixe les domaines d'activité de la médecine de pointe (quoi ?), les institutions admises (qui ?), les sites (où ?), les capacités avec indication de prix (combien et à quel prix ?) ainsi que d'éventuels délais transitoires.

Art. 9, 10 et 11

La section 3 de la convention règle les principes d'organisation et de fonctionnement de la CICOMS en tant qu'organe d'application de la convention. Ces principes sont intentionnellement formulés de manière très générale. Un règlement à part⁶ règle tous les points concernant l'organisation et le fonctionnement de la CICOMS.

La légitimité et la crédibilité de la CICOMS et de ses membres revêtent une grande importance. Outre des exigences très élevées au niveau des compétences professionnelles, les membres de la CICOMS doivent, dans l'exercice de leur fonction au sein de la commission, être capables et prêts à mettre au premier plan l'intérêt général supérieur et à prendre leur distance en ce qui concerne la représentation d'intérêts particuliers.

La CICOMS se compose des représentantes et représentants des cantons et organisations suivantes :

- 5 représentants des cantons dotés d'un hôpital universitaire : BE, BS, GE, VD, ZH
- 5 représentants des autres cantons : AG, LU, SG, TI, FR
- 6 représentants d'autres organisations :
 - Groupement de la science et de la recherche (GSR) ;
 - Conférence universitaire suisse (CUS);
 - Office fédéral de la santé publique (OFSP) ;
 - Fédération suisse des médecins (FMH);

⁶ cf. annexe 1

- Collège des doyens des facultés de médecine;
- santéuisse

Au cours de sa séance du 1^{er} juillet 2004, le comité directeur de la CDS a approuvé le règlement et institué formellement la CICOMS.

Art. 12

Les coûts imputables aux activités de la CDS dans le cadre de la mise en œuvre de la CICCM s'élèveront à environ 250 000 F par an. Cette somme doit être prélevée intégralement sur le budget ordinaire de la CDS.

Art. 13

Les articles 30 à 33 y compris de l'ACI s'appliquent à la procédure de règlement des différends⁷. Il faut toutefois relever que l'ACI est en train d'être révisé et harmonisé avec les décisions du Parlement fédéral concernant les dispositions constitutionnelles de la RPT et la PFCC par un groupe de travail sur mandat de la CdC.

Art. 14

La communication à la CDS de l'adhésion à la CICCM a un effet constitutif. Il n'est pas possible de résilier la CICCM mais un canton qui y a adhéré peut se retirer de la convention par une déclaration à la CDS. La déclaration de retrait peut être déposée au plus tôt cinq ans après l'adhésion effective du canton sortant. Ce délai est calqué sur l'article 14, alinéa 6 de la loi sur la péréquation financière (PFCC) selon lequel les cantons ne peuvent demander la levée de l'obligation d'adhérer avant cinq ans.

Art. 15

Pour l'entrée en vigueur de la convention, il faut en principe tenir compte de trois types de quorum : le nombre de cantons qui doivent y adhérer pour que la CICCM ait force de loi, l'adhésion de tous les cantons dotés d'un hôpital universitaire et le quorum pour demander la déclaration de force obligatoire de la CICCM selon l'article 14, alinéa 1 de la loi sur la péréquation financière (PFCC). Lorsque la force obligatoire générale de la CICCM a été déclarée, la convention déploie un effet normatif qui touche aussi les cantons qui n'y ont pas adhéré. Ceux-ci ont alors les mêmes droits et devoirs que les cantons qui ont adhéré à la convention.

⁷ cf. annexe 3

Art. 16

Par analogie à l'entrée en vigueur, la CICCM n'est plus en vigueur si le nombre des membres est inférieur à 17 ou si un canton universitaire déclare son retrait. Lorsque la force obligatoire d'un accord-cadre intercantonal a été déclarée, la levée de l'obligation d'adhérer s'opère conformément aux conditions de l'article 14, alinéa 5 PFCC.

Art. 17

Des modifications de la CICCM peuvent s'imposer en raison des conditions-cadres qui évoluent. Le quorum pour demander une modification de la convention doit être bas afin que les minorités qui se sont éventuellement formées suite à une déclaration de force obligatoire générale puissent mettre une révision en route. Des modifications entrent en vigueur lorsque 17 cantons au moins les ont approuvées.

Annexe

Figurent en annexe à la CICCM les domaines, installations ou traitements de la médecine hautement spécialisée qui nécessitent une coordination ou concentration sur le plan national. L'assemblée plénière de la CDS approuvera cette annexe vraisemblablement au cours de son assemblée générale en mai 2006. L'annexe est conçue de manière dynamique puisque, conformément à l'article 2, alinéa 2 de la CICCM, elle doit être réexaminée au moins tous les deux ans et, le cas échéant, adaptée. Cela peut se faire sans qu'il soit nécessaire de modifier la CICCM, ce qui exigerait une nouvelle ratification de la convention par les cantons. Il est ainsi possible de garantir que la dynamique de la médecine hautement spécialisée puisse être prise en compte.

Au bénéfice de ces explications, nous vous remercions, Mesdames et Messieurs les députés, de réserver un bon accueil au présent projet de loi.

Annexes :

- 1- Règlement d'organisation et de fonctionnement de la Commission intercantonale « Concentration de la médecine hautement spécialisée » (CICOMS)
- 2- Contributions des cantons pour 2005 dans le cadre de l'application de la CICCM
- 3- Accord-cadre pour la collaboration intercantonale assortie d'une compensation des charges (Accord-cadre intercantonal, ACI)

92.5/RU - 14.07.2004

Règlement d'organisation et de fonctionnement de la Commission intercantonale „Concentration de la médecine hautement spécialisée“ (CICOMS)

Compte tenu de l'article 9, alinéa 3 de la convention intercantonale relative à la coordination et la concentration de la médecine hautement spécialisée (ci-après : CICCM), la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (ci-après : CDS) règle l'organisation et le fonctionnement de la commission intercantonale « Concentration de la médecine hautement spécialisée » (ci-après : CICOMS) comme suit :

Article 1 Composition

¹La CICOMS est formée de 16 membres au maximum, dont:

- cinq représentant les cantons dotés d'un hôpital universitaire;
- cinq représentant les autres cantons;
- six représentant d'autres organisations.

²Les organisations suivantes ont un siège fixe au sein de la commission:

- a) Conférence universitaire suisse (CUS);
- b) Groupement de la science et de la recherche (GSR);
- c) Office fédéral de la santé publique (OFSP);
- d) Fédération des médecins suisses (FMH);
- e) Collège des doyens des facultés de médecine;
- f) santésuisse.

³Des doubles mandats sont possibles.

Article 2 Profil des exigences

En complément des exigences de l'art. 9, al. 2 CICCM, on tiendra compte des points suivants:

- a) compétence professionnelle et intérêt pour la médecine hautement spécialisée;
- b) connaissance approfondie de la planification hospitalière cantonale;
- c) connaissance approfondie des responsabilités en matière de politique de santé;
- d) accès aux milieux de la science et de la recherche (épidémiologie clinique et/ou économie de la santé);
- e) connaissance approfondie des besoins des principaux acteurs concernés (patients, corps médical);
- f) aptitudes au raisonnement analytique et à la synthèse;
- g) aptitudes à rechercher le consensus.

Article 3 Tâches

La CICOMS remplit en particulier les tâches suivantes:

- a) élaboration de propositions, à l'intention de la CDS, sur les domaines de la médecine hautement spécialisée subordonnée à une planification au niveau national;
- b) invitation des cantons à élaborer une planification au niveau national dans des domaines spécifiques de la médecine hautement spécialisée mentionnés dans l'annexe de la CICOM;
- c) garantie de la coordination dans le cadre de la planification commune;
- d) élaboration de propositions à l'intention de la CDS sur les capacités des fournisseurs de prestations et leur site;
- e) surveillance de la mise en oeuvre de la planification commune.

Article 4 Mode d'activité

¹Pour préparer et expédier les affaires, la CICOMS peut instituer

- a) un comité et
- b) des commissions spéciales permanentes ou non permanentes. La CICOMS règle leur composition, leurs tâches et leurs compétences.

²La CICOMS siège sur invitation écrite de la présidente ou du président au moins quatre fois par an.

³Des séances extraordinaires peuvent être convoquées par la présidente ou le président ou sur proposition de la majorité des membres de la CICOMS.

⁴La CICOMS délibère et décide sur la base d'un ordre du jour remis avant la séance. Celui-ci est établi par la présidente ou le président et envoyé aux membres dix jours avant la séance au plus tard.

⁵Les membres de la CICOMS ainsi que le comité directeur de la CDS ont qualité pour faire des propositions par écrit en vue d'inscrire des points à l'ordre du jour de la CICOMS.

⁶Des affaires urgentes peuvent être agendées en sus lors de la séance, à la majorité des membres présents. Les décisions y relatives devront être confirmées par voie de correspondance.

⁷Les textes principaux de la documentation de la séance sont envoyés aux membres de la CICOMS dix jours avant cette dernière, par courrier postal ou par courrier électronique.

⁸Selon l'art. 11, let. f de la CICC, la CICOMS est tenue de remettre annuellement au comité directeur de la CDS un rapport sur l'état de ses travaux.

Article 5 Votation

¹La CICOMS délibère valablement lorsque la majorité des membres est présente.

²La CICOMS prend ses décisions à la majorité simple des voix exprimées. En cas d'égalité, la présidente ou le président départage.

Article 6 Secrétariat et procès-verbal

¹Le secrétariat de la commission est assuré par le secrétariat central de la CDS.

²Un procès-verbal est dressé pour chaque séance de la CICOMS, consignait les principaux résultats des discussions et les décisions qui ont été prises. Les membres appartenant à la minorité dans un vote peuvent demander de faire figurer leur vote avec les motifs invoqués au procès-verbal.

³En plus des membres de la CICOMS, le procès-verbal est remis pour information aux membres du comité directeur de la CDS.

Article 7 Remboursement des frais et jetons de présence

¹Les représentants d'organisations privées ont droit au remboursement des frais effectifs. En plus, des jetons de présence leur sont versés uniquement si l'organisation respectue n'indemnise pas la participation à la séance.

²La CDS fixe les montants des jetons de présence.

³Les représentants des autorités ne reçoivent ni jetons de présence ni se voient rembourser les frais.

ANNEXE 2

Contributions des cantons pour 2005
dans le cadre de l'application de la CICC

	Population résidente* 1.1.2003	Contribution 2005
Zürich	1 242 488	42 447
Bern	950 209	32 462
Luzern	352 311	12 036
Uri	35 246	1 204
Schwyz	133 358	4 556
Obwalden	32 999	1 127
Nidwalden	38 897	1 329
Glarus	38 380	1 311
Zug	102 247	3 493
Fribourg	242 679	8 291
Solothurn	246 504	8 421
Basel-Stadt	186 871	6 384
Basel-Landschaft	263 194	8 991
Schaffhausen	73 916	2 525
Appenzell A.Rh.	53 189	1 817
Appenzell I.Rh.	14 995	512
St. Gallen	455 193	15 551
Graubünden	186 105	6 358
Aargau	556 229	19 002
Thurgau	229 882	7 853
Ticino	314 563	10 746
Vaud	631 999	21 591
Valais	281 020	9 600
Neuchâtel	166 949	5 703
Genève	419 254	14 323
Jura	69 196	2 364
Total	7 317 873	250 000

* Population résidente, état au 01.01.2003, Office fédéral de la statistique (OFS)

Accord-cadre pour la collaboration intercantonale assortie d'une compensation des charges (Accord-cadre intercantonal, ACI)⁸

I. Dispositions générales

1. Principes

Art. 1 But et champ d'application

¹L'Accord-cadre fixe les principes et la procédure de la collaboration intercantonale assortie d'une compensation des charges.

²Il sert de base aux conventions de collaboration intercantonale dans les domaines énumérés à l'article 48a de la Constitution fédérale.

³Les cantons peuvent également soumettre à l'Accord-cadre des conventions de collaboration intercantonale conclues dans d'autres domaines de tâches.

Art. 2 Objectifs de la collaboration intercantonale assortie d'une compensation des charges

¹La collaboration intercantonale assortie d'une compensation des charges vise à assurer une exécution optimale des tâches.

²Elle doit être aménagée de telle sorte que les bénéficiaires des prestations assument également les coûts et prennent les décisions y relatives.

⁸ Communication de la CDS (26 janvier 2005) : Pour le moment, l'ACI est en train d'être révisé et harmonisé aux décisions du Parlement fédéral concernant les dispositions constitutionnelles de la RPT et la PFCC par un groupe de travail sur mandat de la CdC. Ainsi, le texte ci-dessous est tiré de la version figurant dans le message du Conseil fédéral sur la Nouvelle Péréquation financière et la répartition des tâches entre Confédération et cantons (RPT) du 14 novembre 2001. Il subsiste quelques incohérences de forme. La date d'adoption n'est pas encore connue.

Art. 3 Collaboration intracantonale assortie d'une compensation des charges

¹Les cantons s'engagent à appliquer par analogie les principes de la collaboration intercantonale assortie d'une compensation des charges dans le contexte intracantonale.

²Tous les quatre ans, les cantons soumettent à la Conférence des gouvernements cantonaux (CdC) un rapport exposant l'état actuel de l'application de ces principes dans le contexte intracantonale. La CdC publie un compte-rendu à ce sujet.

Art. 4 Position des parlements cantonaux

¹Les gouvernements cantonaux sont tenus d'informer les parlements cantonaux à temps et de manière complète des conventions existantes ou prévues en matière de collaboration intercantonale assortie d'une compensation des charges.

²Pour le reste, les droits de participation des parlements cantonaux sont réglés par le droit cantonal.

2. Compétences**Art. 5** Conférence des gouvernements cantonaux (CdC)

¹Les déclarations d'adhésion, les déclarations de sortie et les demandes de révision de l'Accord-cadre doivent être déposées auprès de la CdC.

²La CdC fixe la date d'entrée en vigueur et la date d'abrogation de l'Accord-cadre et mène une éventuelle procédure de révision.

³Elle élit les membres de la Commission intercantonale pour les conventions (CIC) et approuve son règlement.

Art. 6 Présidence de la CdC

La présidence de la CdC est compétente pour mener la procédure informelle dans le cadre du règlement des différends par voie de conciliation.

Art. 7 Commission intercantonale pour les conventions (CIC)

¹La CIC est compétente pour mener la procédure formelle de médiation dans le cadre du règlement des différends par voie de conciliation.

²Elle se compose de six membres, nommés par la CdC pour une période administrative de quatre ans. Le choix des membres tient compte d'une représentation appropriée des langues officielles.

³Elle se dote d'un règlement.

⁴Sous réserve de l'art. 33 al. 5, la CdC prend en charge les frais de procédure.

3. Définitions**Art. 8**

¹Le fournisseur des prestations est le canton ou l'organisme responsable commun dont le domaine de compétences comprend la production des prestations en question.

²L'acqureur des prestations est le canton qui indemnise les prestations.

³Le producteur des prestations est celui qui réalise effectivement les prestations.

⁴Le bénéficiaire des prestations est celui qui a recours aux prestations.

II. Formes de la collaboration intercantonale assortie d'une compensation des charges**Art. 9**

L'Accord-cadre règle les formes de la collaboration intercantonale suivantes:

- a) les organismes responsables communs;
- b) l'acquisition des prestations.

II Organismes responsables communs

Art. 10 Définitions

¹Par organisme responsable commun, on entend une organisation ou une installation commune à deux cantons ou plus, qui a pour but de fournir certaines prestations dans le cadre de la collaboration intercantonale assortie d'une compensation des charges.

²Les cantons qui participent à un organisme responsable commun sont dénommés cantons partenaires.

Art. 11 Droits des cantons partenaires

¹Les cantons qui font partie d'un organisme responsable commun y disposent d'un droit de participation paritaire. Ce droit peut exceptionnellement être pondéré en fonction des engagements financiers respectifs.

²Le droit de participation est global et s'étend à tous les domaines concernant la fourniture des prestations.

Art. 12 Egalité des droits d'accès aux prestations

Les demandeurs des cantons partenaires ont tous les mêmes droits d'accès aux prestations.

Art. 13 Surveillance

¹Les cantons partenaires garantissent une surveillance efficace de la gestion et de l'administration de l'organisme responsable commun.

²Ils confient la tâche de surveillance à des organes adéquats. Tous les cantons partenaires doivent pouvoir siéger au sein des organes de surveillance.

Art. 14 Contrôle de gestion

¹Des commissions de gestion interparlementaires sont instituées pour contrôler les organismes responsables communs.

²La répartition des sièges est en principe paritaire. Elle peut exceptionnellement se baser sur une clé de financement, laquelle doit toutefois prévoir une représentation minimale pour chaque canton.

³Les commissions de gestion interparlementaires sont informées à temps et de manière complète des travaux des organismes responsables communs dont elles ont le contrôle.

⁴Les commissions de gestion interparlementaires peuvent proposer aux cantons partenaires de réviser la convention. Elles disposent d'un droit de participation équitable lors de l'élaboration de mandats de prestation et la définition d'enveloppes budgétaires.

Art. 15 Adhésion

¹Les nouveaux membres d'un organisme responsable commun versent une contribution d'entrée, destinée à compenser proportionnellement les investissements, calculés à leur valeur actuelle, que les autres membres ont déjà financés.

²Les anciens membres ont droit à une part de cette contribution, part fixée au prorata des investissements qu'ils ont financés.

³La procédure d'adhésion doit être réglée dans les conventions intercantionales concernées.

Art. 16 Sortie

¹Les membres sortants d'un organisme commun ont droit à une indemnité proportionnelle à leur participation aux investissements réalisés alors qu'ils avaient la qualité de membre. L'indemnité est calculée en fonction de la valeur vénale actuelle de ces investissements.

²Les membres sortants répondent des engagements de l'organisme commun contractés alors qu'ils avaient la qualité de membre.

³La procédure et les modalités de sortie doivent être réglées dans les conventions intercantionales concernées.

Art. 17 Dissolution et liquidation

Le produit d'une éventuelle dissolution et liquidation doit être réparti proportionnellement à la participation des parties à la convention.

Art. 18 Responsabilités

¹Les cantons partenaires répondent des organismes responsables communs de manière subsidiaire et proportionnellement à leurs participations.

²Les cantons partenaires répondent des personnes qu'ils délèguent dans les organes intercantonaux.

³Pour le reste, les cas de responsabilité en vertu du droit public doivent être réglés dans les conventions intercantionales concernées.

Art. 19 Information

Les cantons partenaires doivent être informés à temps et en détail des activités de l'organisme responsable commun.

2. Acquisition des prestations

Art. 20 Formes de l'acquisition des prestations

Les prestations peuvent être acquises au moyen de versements compensatoires, par l'échange de prestations ou sous une forme mixte combinant versements et échange.

Art. 21 Participation de l'acquéreur des prestations

L'acquéreur des prestations dispose en principe au moins d'un droit de participation partiel.

Art. 22 Accès aux prestations

¹Les demandeurs des cantons parties à une convention ont en principe tous les mêmes droits d'accès aux prestations.

²Si l'accès aux prestations est limité, les demandeurs des cantons parties à la convention ont la priorité sur les demandeurs des cantons non parties à la convention.

³Si l'accès aux prestations est limité, les demandeurs des cantons partenaires ont la priorité sur les demandeurs des cantons acquéreurs des prestations.

Art. 23 Echange d'informations

Le fournisseur des prestations informe périodiquement les acquéreurs sur les prestations fournies.

III. Compensation des charges

1. Principes applicables à la fixation des indemnités destinées à la compensation des charges

Art. 24 Calcul des coûts et des prestations

¹Pour fixer les indemnités, les cantons établissent un calcul des coûts et des prestations transparent et compréhensible.

²Les cantons parties à une convention définissent les exigences requises pour le calcul des coûts et des prestations.

Art. 25 Bilan des coûts et des bénéfices

¹Avant le début des négociations, les parties présentent les prestations et les avantages dont elles bénéficient ainsi que les coûts et les effets négatifs qu'elles doivent supporter. Les fournisseurs des prestations justifient les coûts qu'ils doivent assumer.

²Les cantons sont tenus de produire les pièces nécessaires.

2. Principes applicables aux indemnités

Art. 26 Indemnité pour des prestations dont profitent d'autres cantons

¹Les prestations entraînant des coûts importants qui ne sont pas supportés par des bénéficiaires externes aux cantons parties à la convention donnent lieu à des indemnités sous forme de paiements compensatoires par les cantons concernés.

²La fixation de l'indemnité et la définition des éléments particuliers de la convention sont du ressort des parties à la convention.

Art. 27 Critères de l'indemnité

¹Les coûts globaux moyens servent de base pour déterminer l'indemnité.

²L'indemnité intervient sur la base de constats et est calculée en fonction de l'utilisation effective des prestations.

³Lors de la fixation de l'indemnité, il est également tenu compte des critères suivants:

- a) droits de participation aux décisions et à la mise en oeuvre accordés ou demandés;
- b) accès garanti à l'offre de prestations;
- c) avantages et désavantages de site importants en lien avec la fourniture ou l'utilisation des prestations;
- d) transparence des pièces justificatives;
- e) rentabilité de la production des prestations.

Art. 28 Indemnité du producteur des prestations

¹Le fournisseur des prestations s'engage à indemniser le producteur des prestations, pour autant que ce dernier supporte les coûts de production des prestations.

Art. 29 Communes en tant que productrices des prestations

¹Lorsque les communes sont productrices des prestations, un droit d'audition et de participation doit leur être accordé.

²Une convention intercantonale peut octroyer aux communes ou aux organisations sous leur responsabilité un droit direct à être indemnisées.

IV. Règlement des différends**Art. 30** Principe

¹Les cantons ainsi que les organes intercantonaux s'efforcent de régler par la négociation ou par la conciliation tout différend portant sur des conventions intercantionales existantes ou prévues.

²Lors de tout différend en lien avec la collaboration intercantonale assortie d'une compensation des charges, les cantons s'engagent à participer à la procédure de conciliation prévue ci-après, avant d'intenter une action au sens de l'art. 106 al. 1 litt. b de la Loi fédérale du ...⁹ sur le Tribunal fédéral.

³La procédure de conciliation peut également être demandée par des cantons non parties à la convention ainsi que par des organes intercantonaux qui ne relèvent pas de l'ACI.

Art. 31 Procédure de règlement des différends

¹La procédure de conciliation comporte deux phases. Elle se compose d'une procédure préalable informelle, menée devant la présidence de la CdC, et d'une procédure formelle de médiation, menée devant la CIC.

²Chaque canton et chaque organe intercantonal peut introduire une procédure de conciliation auprès de la présidence de la CdC en présentant à celle-ci une demande écrite de médiation.

Art. 32 Procédure préalable informelle

¹A réception de la demande de médiation, la présidence de la CdC ou toute personne qu'elle aura désignée invite des représentants des cantons concernés à une discussion.

²En accord avec les parties en présence, il peut être fait appel à une personne particulièrement qualifiée dans le domaine de la médiation.

³Si la procédure préalable informelle ne peut aboutir à un accord dans un délai de six mois, la présidence de la CdC ou la personne qu'elle a désignée introduit la procédure formelle de médiation devant la CIC.

Art. 33 Procédure formelle de médiation

¹La CIC informe les parties de l'ouverture de la procédure formelle de médiation.

⁹ SR ...; AS ... (BBl 2001 4202)

²Les membres de la CIC désignent une personne qui aura qualité de président ou présidente de la procédure de médiation engagée. S'ils ne parviennent pas à s'entendre sur une proposition commune dans le délai d'un mois ou si la personne désignée est récusée par l'une des parties, le ou la présidente est nommé-e par la présidence du Tribunal fédéral.

³L'ouverture de la procédure de médiation est notifiée à la Chancellerie fédérale, avec mention de l'objet du litige. Si le litige touche les intérêts de la Confédération, le Conseil fédéral peut désigner une personne qui participe à la procédure de médiation avec le statut d'observateur.

⁴Les parties sont habilitées à exposer leurs divergences de vues dans un mémoire adressé à la CIC et ont la possibilité de s'exprimer oralement devant cette commission. La négociation fait l'objet d'un procès-verbal.

⁵Le résultat de la procédure est consigné par la CIC dans un acte à l'attention des parties. Ce document doit également régler la répartition des frais de procédure entre les parties.

⁶Le cas échéant, les parties s'engagent à intenter action devant le Tribunal fédéral dans les six mois à compter de la notification formelle de l'échec de la procédure de médiation.

⁷Elles s'engagent à verser au dossier judiciaire les documents de la procédure de conciliation.

V. Dispositions finales

Art. 34 Adhésion et sortie

¹L'adhésion à l'Accord-cadre prend effet par une communication à la Conférence des gouvernements cantonaux.

²Chaque canton peut sortir de l'Accord-cadre par une déclaration à la CdC. La sortie prend effet à la fin de l'année qui suit la déclaration correspondante.

³La déclaration de sortie peut être déposée au plus tôt pour la fin de la cinquième année après l'entrée en vigueur de l'Accord-cadre et cinq ans après l'adhésion effective du canton sortant.

Art. 35 Entrée en vigueur

L'Accord-cadre entre en vigueur dès que 18 cantons y ont adhéré, au plus tôt toutefois au moment de l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur la nouvelle péréquation financière.

Art.36 Durée de validité et abrogation

¹La validité de l'Accord-cadre est illimitée.

²L'Accord-cadre devient caduc si le nombre des cantons adhérents tombe au-dessous de dix-huit.

Art. 37 Révision de l'Accord-cadre

Sur demande de trois cantons, la Conférence des gouvernements cantonaux ouvre une procédure de révision de l'Accord-cadre. La révision entre en vigueur aux conditions de l'article 35.