

Date de dépôt: 19 décembre 2002

Messagerie

Réponse du Conseil d'Etat **à la question écrite de M. Claude Aubert « Coûts de la santé »**

Mesdames et
Messieurs les députés,

En date du 8 octobre 2002, le Grand Conseil a renvoyé au Conseil d'Etat une question qui a la teneur suivante :

De 1990 à l'an 2000, le budget des HUG a augmenté de 22%, alors même que nous nous trouvions en pleine lutte contre la hausse des coûts de la santé. C'est dire la difficulté d'une telle lutte, même si elle est entreprise par des personnes convaincues de sa nécessité. Actuellement, s'appuyant sur une ordonnance fédérale, le DASS prend des mesures touchant le secteur privé. Le secteur public n'est pas concerné. Or, les budgets hospitaliers sont condamnés à une croissance constante, ne serait-ce que par la masse salariale impliquée. Dans la perspective de maîtriser cette spirale ascensionnelle des coûts, et bien sûr des primes, le Conseil d'Etat entend-il prendre d'autres mesures prévues par la LAMal, par exemple réserver les subventions cantonales au seul secteur stationnaire ou semi-stationnaire, excluant de cet octroi l'ambulatoire hospitalier, ou encore recourir à un budget global pour les hôpitaux et les établissements médico-sociaux afin de casser le mécanisme pervers de la couverture automatique des déficits ?

La question Q3573 se réfère à l'évolution du budget des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) sur 10 ans et vise à savoir quelles mesures le Conseil d'Etat entend prendre pour lutter contre la hausse des coûts hospitaliers à Genève.

Dans la première partie de la réponse, il est mis en évidence quelques grandes tendances qui influencent de manière significative l'évolution des coûts hospitaliers.

Dans une seconde partie, l'évolution des comptes des HUG et des indices des prix à la consommation genevois et suisse est analysée.

Puis, dans une troisième partie les mesures envisagées pour contenir les coûts hospitaliers publics sont décrites.

1. Quelques tendances

a) Une tendance commune à tous les centres hospitaliers universitaires en Suisse et en Europe

Il faut constater que cette évolution des coûts à la hausse n'est pas propre aux HUG et qu'elle touche tous les centres hospitalo-universitaires de Suisse et d'Europe. Cela étant, en l'état des comparaisons intercantionales, il faut relever que, toutes choses étant égales par ailleurs, le coût des frais de personnel est plus important à Genève que dans les autres cantons. A contrario, les autres charges sont soit égales ou inférieures à celles des autres centres hospitaliers universitaires de Suisse.

b) Les attentes de la population

Il est fréquent d'expliquer la croissance des coûts par une expansion effrénée de l'offre de soins. Les HUG n'y échappent pas, particulièrement dans le secteur ambulatoire où l'offre a fortement augmenté. Pour être complet, il faut également relever l'augmentation de la demande en soins exprimée par les exigences accrues du citoyen consommateur de soins.

Ce dernier revendique légitimement une qualité de soins et une sécurité sans faille. Contrairement à l'énoncé de certains messages publicitaires, la perfection n'est pas dans la nature. L'erreur existe et fait partie du processus de soins. Ce phénomène entraîne l'augmentation inéluctable des prescriptions, normes et règlements (ex. : normes ODIM, ...), tout cela coûte et est pourtant parfaitement justifiable.

La culture ambiante prescrit l'obligation de résultat en sus de l'obligation de prestations. C'est un profond changement culturel qui place l'hôpital universitaire au cœur des attentes et des espoirs de la population. Les patients attendent – en regard de leurs cotisations personnelles d'assurance-maladie et des impôts – des prestations personnalisées quel qu'en soit le prix. Le slogan

« La santé coûte cher mais ma santé n'a pas de prix » en est l'illustration la plus significative.

c) L'opportunité de certains coûts

Une opération simple peut coûter de 5 000 F à 10 000 F, mais certains traitements peuvent, dans des cas rares, coûter jusqu'à un million lorsqu'il s'agit de traiter un patient hémophile par exemple ! Il arrive même qu'un pronostic de réussite d'opération soit fortement négatif, que l'intervention se réalise et se solde malheureusement par un échec. Une récente intervention cardiaque d'un patient âgé a nécessité l'utilisation de matériel à usage unique pour la somme de 150 000 F ! Il est inutile d'épiloguer longuement sur les choix éthiques et économiques que ces exemples alimentent.

d) Le coût du matériel médical au sens large

Les coûts du matériel médical (instruments, ustensiles) et des médicaments croissent sans cesse. L'exemple publié par la presse hebdomadaire du coût du PROZAC en Europe, en Suisse et en Inde démontre qu'en Suisse nous payons le même médicament (fabriqué en Suisse) plus de deux fois plus cher que dans l'Union européenne. Sur leur consommation annuelle, les HUG estiment à ± 5 millions le surcoût entraîné par l'impossibilité de s'approvisionner sur le marché européen (comparaison établie avec le centre hospitalier régional d'Annecy).

Le recours au matériel à usage unique pour des raisons de sécurité contribue également à l'augmentation des dépenses.

e) Les nouvelles technologies

L'introduction de nouvelles technologies thérapeutiques – et c'est bien une des spécificités d'un hôpital universitaire – entraîne des dépenses nouvelles difficilement prévisibles. Dans une spécialité de médecine interne, le surcoût de l'introduction de nouvelles techniques thérapeutiques est estimé à 1 million supplémentaire sur l'exercice 2002.

f) L'augmentation de la population

La population genevoise croît année après année et par conséquent le nombre de personnes ayant recours aux prestations des HUG également.

g) Le facteur âge et le développement des connaissances

Aux deux extrémités de la vie, la dispensation de soins représente un facteur non négligeable d'augmentation des coûts. Deux exemples significatifs en la matière peuvent être cités : une transplantation « risquée » pour une personne très âgée (cf. exemple relevé plus haut) et des soins de néonatalogie qui se développent sans cesse (ex. : un bébé de 24 semaines, pesant 500 grammes, a été soigné récemment par les équipes de néonatalogie). Les statistiques de la maternité montrent un accroissement de naissances de bébés prématurés et rien n'indique que cette tendance va se stabiliser.

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une demande en soins accrus, en soins de rééducation et de réhabilitation. Fort heureusement, la politique de soins domiciliaires a considérablement amélioré le maintien à domicile. Néanmoins, il est illusoire de penser que, par de simples effets de transfert de missions et de moyens, la demande en soins « hospitaliers » va diminuer. Elle augmente certes moins que si le dispositif domiciliaire n'existait pas ! L'augmentation des hospitalisations et du tournus de patients, accompagnée d'une diminution de la durée moyenne d'hospitalisation aux HUG ces dernières années, est là pour attester que toute chose ne reste pas égale par ailleurs.

Cette demande en soins se transforme et nécessite une autre réponse en termes de soins (diminution des lits aigus / augmentation des lits de soins de réhabilitation).

h) Le recours au service public

Le recours au service public croît sans cesse dans certains secteurs et cette situation est bien connue dans tous les pays de l'hémisphère Nord - Nord-Est. C'est l'engorgement des urgences qui en est l'indicateur le plus pertinent. Cela est vrai également pour certains types de soins tels la pédiatrie et la psychiatrie, les soins aux personnes démunies et précarisées. A titre d'exemple relevons que la cessation du programme de réadaptation cardiovasculaire d'une clinique privée entraîne une charge nouvelle totalement imprévisible et le service public ne peut pas s'esquiver.

i) Les attentes du personnel

Les attentes du « personnel » toutes catégories confondues et leurs aspirations à l'amélioration des conditions de travail et de rémunération influencent également directement les coûts lors de modifications statutaires

ou salariales. Les employeurs sont par ailleurs confrontés à la pénurie de main-d'œuvre dans certaines disciplines et à la politique salariale de certaines branches professionnelles du secteur privé. L'exemple des métiers du bâtiment, de la finance et de la gestion sont là pour l'attester.

j) L'attribution de nouvelles tâches

Les réformes décidées dans certains secteurs pèsent également sur l'évolution des coûts de ces dernières années. A cet égard, il faut relever que, ces 10 dernières années, les HUG se sont vu attribuer de nouvelles tâches et missions :

1. Tâches nouvelles (transferts de services)

1992	Centre de cytologie
1993	Transfert du laboratoire de virologie
1996	Le Petit-Beaulieu
1999	Institut universitaire de médecine légale (IUML)
2001	Unité médicale de Champ-Dollon
2001	Santé-migrants
2002	Centre d'information familiale et de régulation des naissances - Planning familial (CIFERN)
2002	Brigade sanitaire cantonale

2. Nouvelles missions

1992	Développement de la génétique médicale
1993	Formation des médecins de ville (apprentissage au cabinet)
1994	Dépistage des cancers
1996	Prise en charge des jeunes suicidants
1996	Dispositifs pour toxico-dépendants
1996	Prescriptions médicale d'héroïne
1998	Création d'une unité de prévention de la violence
2001	Réforme de la psychiatrie
2002	Formation continue pour le personnel des EMS et l'aide à domicile

Ces listes ne sont pas exhaustives, mais elles comprennent les charges supplémentaires les plus significatives assumées par les HUG de 1992 à 2001.

Ces activités participent dans une mesure importante, à l'augmentation des charges des HUG, puisqu'elles ont été progressivement intégrées dans les budgets et comptes ordinaires.

2. Evolution des charges 1992 à 2001

2.1 Les comptes de charges des HUG ont passé de 956 049 000 F en 1992 à 1 164 725 000 F en 2001, soit une augmentation de 21,8%.

Durant la même période, les frais de personnel ont augmenté de 18,6%. Ils ont ainsi passé de 791 342 000 F à 938 485 000 F.

De 1992 à 2001, la subvention des HUG est passée de 595 420 000 F à 656 272 000 F, soit un accroissement de 10,2%. Ainsi, les HUG sont parvenus, grâce à une meilleure facturation des prestations, à améliorer leurs recettes.

2.2 Il est nécessaire, pour avoir une juste appréciation de l'augmentation des coûts hospitaliers publics, de les comparer avec l'évolution de l'indice des prix à la consommation durant la même période, soit de 1992 à 2001 :

Augmentation des charges totale HUG	+ 21,8%
Augmentation des frais du personnel	+ 18,6%
Augmentation de la subvention HUG	+ 10,2%
Indice genevois à la consommation	+ 15%
Indice suisse à la consommation	+ 13%

En résumé, l'augmentation des charges réelles des HUG est relativement proche de l'évolution des prix à la consommation durant la période considérée, soit de 1992 à 2001.

En effet, si l'on tient compte de l'augmentation des activités et des nouvelles prestations que les HUG ont dû assumer et intégrer dans leurs comptes durant cette période et que l'on compare l'augmentation de ces charges – nouvelles activités comprises – à l'évolution des deux indices des prix à la consommation, il y a lieu de relativiser l'augmentation de 21,8% relevée ci-dessus.

2.1 Durant toute cette période, diverses augmentations de charges de personnel sont intervenues du fait des accords Cartel-Conseil d'Etat et des améliorations spécifiques des conditions salariales du personnel hospitalier (prime EPM, règlement sur les gardes et piquets pour les médecins internes et chefs de clinique, revalorisation des salaires en soins infirmiers, accord sur la réduction des horaires des internes et chefs de clinique).

3. Les perspectives d'avenir

Le Conseil d'Etat poursuit les efforts déjà entrepris ces dernières années pour maîtriser les coûts hospitaliers. Pour ce faire, il entend prendre trois types de mesures, à savoir la conclusion d'un contrat de prestations, une modification des modes de financement et une réorientation de l'ambulatoire hospitalier. Ces trois pistes ne constituent pas une liste exhaustive. D'autres mesures liées notamment au système d'information, aux performances cliniques et de gestion sont énumérées dans le plan stratégique des HUG 2002-2006.

3.1 Contrat de prestations

Le DASS est en train d'élaborer, de concert avec les HUG, pour le 1^{er} janvier 2004, un contrat de prestations. Ce contrat comprendra une liste des activités et des prestations hospitalières, leurs coûts et les résultats attendus, ainsi qu'une méthode d'évaluation multicritères.

En effet, le DASS ne veut pas seulement contenir les coûts hospitaliers mais s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins par la mise en place de processus et procédures appropriés.

Ce contrat aboutira donc à l'établissement d'une enveloppe financière globale qui sera prédéterminée et que les HUG devront respecter. De plus, les mesures de qualité seront orientées à la fois sur les prestations fournies et sur les résultats attendus.

Par cette méthode, le DASS estime parvenir à contrôler les coûts hospitaliers tout en améliorant encore la qualité des prestations hospitalières.

3.2 Mode de financement des prestations hospitalières

Actuellement, les prestations accomplies dans les secteurs hospitalier et semi-hospitalier font l'objet d'un forfait journalier remboursé par les assurances, alors que les activités ambulatoires sont remboursées à l'acte.

Plusieurs modèles d'analyse des coûts ont été effectués et il ressort qu'il serait plus judicieux d'utiliser non plus des forfaits pour les secteurs stationnaire et semi-stationnaire, mais de mettre en place un financement par prestation pour l'ensemble des activités médicales des HUG.

Le calendrier prévisible est le suivant :

- 01.01.2003 Comparaison approfondie des coûts des prestations hospitalières entre les 5 hôpitaux universitaires de Suisse en prenant les coûts par pathologie et les groupes homogènes de patients comme instrument de comparaison (Benchmarking - AP-DRG).
- 01.01.2004
 - a) Facturation des actes ambulatoires selon TARMED comme l'ensemble des prestations de soins de ville.
 - b) Facturation à blanc des prestations stationnaires (hospitalisations) selon la méthodologie qui sera retenue pour la classification des pathologies et sous réserve de la décision politique relative à l'introduction aux HUG de ce mode de tarification.
- 01.01.2005 Entrée en vigueur de la nouvelle tarification des prestations hospitalières et semi-hospitalières.

Bien entendu, ce calendrier et les options retenues dépendront des décisions politiques prises au niveau des instances fédérales (révision de la LAMal, médecine de pointe, etc.), intercantionales (conférence des conseillers d'Etat des départements de la santé (CDS)) et du Conseil d'Etat.

En outre, la planification hospitalière prévue pour les HUG poursuivra les efforts de réduction des lits aigus et subaigus du site Cluse-Roseiraie (Hôpital cantonal).

S'agissant des activités privées des médecins ayant droit au sein des HUG, elles sont actuellement facturées selon une convention conclue en 2000 avec la quasi-totalité des assureurs. Elle devra être revue dès 2003 afin que la tarification englobe bien le coût complet des prestations des HUG (fonctionnement et investissement).

3.3 Missions des HUG en ambulatoire

Une réflexion menée sur les activités ambulatoires au sein des HUG révèle qu'une grande partie de l'ambulatoire pratiqué aux HUG s'adresse à des personnes qui ont des parcours de soins complexes. A la demande du Conseil d'Etat, les HUG, conscients de la nécessité de favoriser la médecine de proximité, souhaitent privilégier et réorienter les activités ambulatoires des HUG sur la base des trois critères suivants :

- a) l'enseignement et la recherche clinique (apprentissage clinique);
- b) la mission sociale du service public;
- c) les cas compliqués et rares (médecine universitaire de référence).

Le catalogue des prestations ambulatoires HUG sera défini en 2003.

Dans ce cadre, les HUG assurent deux tâches importantes, à savoir, une activité ambulatoire académique et de référence, ainsi qu'une mission sociale dévolue par nature principalement au service public garantissant aussi l'accès aux soins à tous.

L'hôpital doit accueillir les patients en situation d'urgence et/ou de précarité ainsi que les personnes souffrant de pathologies complexes et rares. Les prestations sont dès lors non seulement médicales, mais aussi sociales, voire socio-économiques.

La complémentarité entre les activités ambulatoires réalisées en ville et à l'hôpital sera renforcée, bien que, dans ce domaine, des chevauchements ne puissent pas être complètement évités. Il faut ici souligner qu'en l'état la collaboration entre la médecine du service public et la médecine de ville est globalement satisfaisante.

4. Conclusion

Enfin et pour conclure, s'il est exact de dire que les HUG coûtent à la collectivité puisqu'ils sont financés par la subvention et les assurances, il est tout aussi exact d'affirmer que les HUG contribuent à la production de biens et services à la collectivité. En effet, ils fournissent de l'emploi direct à près de 9 000 personnes (dont 250 médecins consultants installés en ville et rémunérés), passent des contrats avec 13 000 fournisseurs de la place et de la Suisse pour leur fonctionnement, contribuent par leurs investissements directs et indirects à l'emploi dans les différents secteurs de la vie économique, favorisent le développement et la création d'entreprises du secteur privé.

Par conséquent, la démonstration sur les coûts doit également comprendre l'analyse économique de la contribution de l'ensemble hospitalo-universitaire au niveau du canton.

Il est clair que les efforts de rationalisation et d'amélioration de la gestion dans tous les domaines de l'activité doivent se poursuivre en prenant comme balise incontournable l'efficience et la recherche de la qualité des prestations et afin d'éviter que la gestion comptable des problématiques de santé et de soins ne s'impose au détriment des prestations à fournir à l'ensemble de la population.

Au bénéfice de ces explications, le Conseil d'Etat vous invite, Mesdames et Messieurs les députés, à prendre acte de la présente réponse.

AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

Le chancelier :
Robert Hensler

Le président :
Laurent Moutinot

Secrétariat du Grand Conseil**Q 3573***Question déposée par:**M. Claude Aubert**Date de dépôt: 8 octobre 2002**Messagerie***Question écrite****Coûts de la santé**

De 1990 à l'an 2000, le budget des HUG a augmenté de 22%, alors même que nous nous trouvions en pleine lutte contre la hausse de coûts de la santé. C'est dire la difficulté d'une telle lutte, même si elle est entreprise par des personnes convaincues de sa nécessité. Actuellement, s'appuyant sur une ordonnance fédérale, le DASS prend des mesures touchant le secteur privé. Le secteur public n'est pas concerné. Or, les budgets hospitaliers sont condamnés à une croissance constante, ne serait-ce que par la masse salariale impliquée. Dans la perspective de maîtriser cette spirale ascensionnelle des coûts, et bien sûr des primes, le Conseil d'Etat entend-il prendre d'autres mesures prévues par la LAMal, par exemple réserver les subventions cantonales au seul secteur stationnaire ou semi-stationnaire, excluant de cet octroi l'ambulatoire hospitalier, ou encore recourir à un budget global pour les hôpitaux et les établissements médico-sociaux afin de casser le mécanisme pervers de la couverture automatique des déficits ?