

Date de dépôt : 26 novembre 2014

Réponse du Conseil d'Etat

à la question écrite urgente de M. Thomas Bläsi : Répartition des fonds de la planification hospitalière

Mesdames et
Messieurs les députés,

En date du 14 novembre 2014, le Grand Conseil a renvoyé au Conseil d'Etat une question écrite urgente qui a la teneur suivante :

Conformément à l'article 39 LAMal, les cantons sont responsables de la couverture des besoins en soins hospitaliers. La CDS soutient les cantons dans la coordination et la collaboration intercantonaux dans le domaine de la planification hospitalière.

L'attribution des prestations médicales à des groupes de prestations s'est effectuée au moyen du catalogue suisse des opérations (CHOP) et du registre international des diagnostics (CIM). Les deux systèmes de classification (CHOP et CIM) sont adaptés chaque année. De ce fait, l'attribution des prestations médicales à des groupes de prestations doit également être actualisée chaque année.

La possibilité pour les Genevois de se faire soigner en cliniques privées depuis le changement de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) de 2012 instaurant le libre choix de l'hôpital pour les patients au travers de mandats de prestations octroyés par le canton aux cliniques privées.

La condition posée par l'Etat est que la moitié des patients reçus dans le cadre de ces mandats ne doivent être couverts que par l'assurance de base.

Etant entendu que les cliniques privées genevoises sont prêtes à accueillir les patients ne disposants que de l'assurance de base, le groupe UDC s'interroge sur l'avancée des négociations entre le canton de Genève et les cliniques privées genevoises quant à l'attribution des fonds prévus par le département de la santé, soit 13 millions.

En effet, l'essentiel des fonds ad hoc, soit 9 millions, serait attribué à la division privée des HUG, retirant donc la possibilité prévue par la loi fédérale pour le citoyen de se faire prendre en charge par les cliniques privées genevoises.

La loi fédérale prévoyant cette prise en charge est-elle respectée ?

Les cliniques genevoises étant prêtes à aller au-delà des exigences de l'Etat en n'accueillant que des patients en assurance de base, que peut espérer obtenir de plus le département de la santé dans le cadre de ces négociations ?

L'attribution de ces fonds à la division privée de l'hôpital ne revient-elle pas à spolier nos citoyens les moins fortunés d'une possibilité prévu par la loi fédérale de se faire soigner dans les mêmes conditions que ceux disposant d'une assurance complémentaire ?

Ce mode de financement indirect de la division privée de l'hôpital cantonal respecte-t-il le principe d'équité entre les prestataires de soins dans le cadre de la planification hospitalière ?

RÉPONSE DU CONSEIL D'ÉTAT

La loi fédérale prévoyant cette prise en charge est-elle respectée ?

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) prévoit deux régimes de financement distincts pour les hôpitaux.

- Les hôpitaux listés. Il s'agit des hôpitaux répertoriés sur les listes hospitalières cantonales pour tout ou partie de leur activité. L'activité listée est financée selon le système tarifaire SwissDRG, à 45% par l'assurance de base et à 55% par les cantons.
- Les hôpitaux conventionnés. La LAMal permet aux assureurs de passer des conventions tarifaires avec les hôpitaux, même si ces derniers ne figurent pas sur une liste hospitalière cantonale. Ces conventions permettent aux hôpitaux de recevoir la part de 45% de financement de l'assurance de base. Le solde est généralement supporté par les assurances complémentaires d'hospitalisations privées.

L'interprétation du canton de Genève, confirmée par le Conseil fédéral dans un rapport du 18 décembre 2013¹, est que le canton n'a pas à participer au financement des hôpitaux conventionnés. Au contraire, pour déterminer les besoins à couvrir par les hôpitaux de la liste hospitalière, il faut d'abord déduire la part des besoins qui sont déjà couverts par le régime conventionné (art. 58b, al. 3, de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995 – OAMal).

Cela implique que la LAMal ne confère pas aux cliniques privées un droit automatique à bénéficier de subventionnements publics. Deux régimes distincts de financement doivent pouvoir perdurer. Le but du Conseil d'Etat n'est pas de « cantonaliser » le secteur privé.

La LAMal n'interdit pas aux cantons de lister tout ou partie d'un établissement privé pour assurer une offre de soins suffisante. C'est exactement de cette manière que le canton de Genève a procédé, en confiant, depuis 2012, des mandats de prestations partiels aux cliniques privées.

¹ *Bases de la planification hospitalière et pistes de développement*, rapport du Conseil fédéral du 18 décembre 2013 en réponse aux postulats 09.4239 « Réduction du nombre d'hôpitaux en Suisse » du 11 décembre 2009, et 10.3753 « Listes hospitalières des cantons. Fixer des critères clairs pour prévenir l'arbitraire » du 29 septembre 2010, p. 14. (disponible sur Internet).

Les cliniques genevoises étant prêtes à aller au-delà des exigences de l'Etat en n'accueillant que des patients en assurance de base, que peut espérer obtenir de plus le département de la santé dans le cadre de ces négociations ?

Il est utile de rappeler que la planification cantonale n'est pas réalisée dans le but de répondre aux desiderata des cliniques privées mais pour couvrir les besoins en soins de la population. Le principal déterminant des mandats de prestations ne saurait être l'offre privée disponible mais les besoins réels. Il paraît donc évident que le Conseil d'Etat n'estime pas utile de financer une deuxième fois, dans les cliniques privées, des prestations déjà disponibles aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). C'est pourquoi il existe un décalage entre les attentes des cliniques et les intentions du département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (ci-après : département).

Néanmoins, dans le cadre du régime dit « conventionné », les cliniques privées conservent pleine liberté de poursuivre leur activité dans tous les domaines médicaux souhaités.

Démanteler l'hôpital public cantonal en lui « retirant » des pôles médicaux et des patients, sous prétexte que les cliniques privées ont également un intérêt pour ces activités, constituerait une décision potentiellement irresponsable de la part du planificateur.

Les HUG, tout comme les cliniques privées, ont besoin d'atteindre une masse critique de patients dans chaque spécialité, pour des raisons de normes médicales, de qualité, d'économicité et de formation.

Contrairement aux cliniques privées, les hôpitaux publics sont soumis à une obligation d'admission de tous les patients domiciliés à Genève, dans tous les pôles médicaux. Les divers services de l'hôpital cantonal doivent donc être dimensionnés de manière à pouvoir répondre à cette obligation.

La collaboration entre les cliniques privées et le département s'est bien déroulée depuis 2012, car les cliniques ont globalement respecté les termes des mandats de prestations et leur engagement à réaliser les cas prévus. Il faut cependant souligner que les cas d'obstétrique attribués aux cliniques n'ont pas pu être réalisés, faute de collaboration des médecins concernés.

En effet, dans le courant de l'année 2012, les cliniques qui avaient pourtant signé des mandats de prestations comprenant l'obstétrique ont finalement eu d'autres priorités que celles du département et ont fait défaut, définitivement, pour des raisons tarifaires.

Force est de constater que les cliniques ne peuvent actuellement pas répondre à la demande du département, dans un domaine où leur appui est pourtant requis selon la planification cantonale, alors même qu'elles disposent de l'équipement et des compétences adéquats.

Ces équipements et ces compétences, d'ailleurs financés en partie par les primes de base LAMal, sont manifestement réservés exclusivement aux parturientes disposant d'une assurance complémentaire.

Cette expérience a mis en évidence le fait qu'indépendamment de leur volonté, les cliniques privées peuvent, en tout temps, devoir rapidement faire passer au second plan les priorités sanitaires cantonales.

Sous l'angle de la fiabilité et de la pérennité de l'approvisionnement en soins, aspects primordiaux de toute planification hospitalière, cela démontre que les HUG assument seuls la mission d'hôpitaux de dernier recours à Genève.

Dans un tel contexte, il n'est pas envisageable de retirer des moyens aux HUG pour les transférer aux cliniques privées.

L'attribution de ces fonds à la division privée de l'hôpital ne revient-elle pas à spolier nos citoyens les moins fortunés d'une possibilité prévue par la loi fédérale de se faire soigner dans les mêmes conditions que ceux disposant d'une assurance complémentaire ?

La législation fédérale ne prévoit pas de garantir la possibilité aux assurés de base de se faire soigner dans les mêmes conditions que ceux disposant d'une assurance complémentaire. Ce sont les mandats de prestations du département qui exigent un minimum de 50% d'assurés sans assurance complémentaire d'hospitalisation. Les cliniques ont, jusqu'à aujourd'hui, accepté cette condition.

L'offre complémentaire que le département finance dans les cliniques privées doit correspondre à un besoin médical non couvert par ailleurs.

L'idée, derrière ce raisonnement, n'est pas de financer une qualité hôtelière supérieure pour les assurés de base, mais bien d'assurer qu'ils soient pris en charge médicalement, avec la qualité nécessaire et dans un délai adéquat.

Là où les capacités des HUG sont suffisantes pour couvrir le besoin, il n'y a pas de raisons de financer, en plus, des capacités supplémentaires dans les cliniques privées.

Ce mode de financement indirect de la division privée de l'hôpital cantonal respecte-t-il le principe d'équité entre les prestataires de soins dans le cadre de la planification hospitalière ?

Tout comme les autres cliniques privées, la division privée des HUG ne bénéficie que d'un financement très partiel de son activité, correspondant à son poids relatif dans la couverture des besoins selon la planification hospitalière.

La situation de cette division des HUG n'étant pas comparable à celle des autres cliniques privées, l'équité implique un traitement différencié.

En effet, accueillir des patients assurés de base dans la division privée reviendrait à créer une inégalité de traitement, au sein des HUG, avec les patients assurés de base hospitalisés en chambre commune.

De plus, comme tous les patients assurés de base des HUG sont déjà couverts par le contrat de prestations avec l'Etat, cela n'aurait aucun sens de financer une deuxième fois ces cas par l'intermédiaire d'un mandat de prestations séparé.

Les mandats 2015, y compris celui des HUG, proposés aux cliniques privées sur la base de la répartition des cas figurant dans le rapport d'expert mandaté par le département, sont actuellement encore en cours de négociation.

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

La chancelière :
Anja WYDEN GUELPA

Le président :
François LONGCHAMP