

Date de dépôt: 25 août 2004

Messagerie

Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation urgente écrite de Mme Alexandra Gobet- Winiger : Loi fédérale sur le financement des hôpitaux

Mesdames et
Messieurs les députés,

En date du 10 juin 2004, le Grand Conseil a renvoyé au Conseil d'Etat une interpellation urgente écrite dont la teneur figure en annexe à la présente réponse.

REPONSE DU CONSEIL D'ETAT

Préambule

Après l'échec de la 2^e révision de la LAMal, le Conseil fédéral a décidé de présenter les éléments de la révision d'une manière différenciée.. Il les présentera sous forme de deux paquets législatifs, indépendants l'un de l'autre; un projet sur le financement des soins sera en outre traité à part.¹

Le premier paquet traite des thèmes suivants:

- stratégie globale, compensation des risques, tarifs des soins, financement des hôpitaux, carte d'assuré, présentation des comptes des assureurs;
- liberté de contracter;
- réduction des primes;
- participation aux coûts.

¹ Source: OFSP - Révision de la LAMal - Réformes LAMal 2004

Le second paquet vient d'être mis en consultation (cf. communiqué de presse de l'OFSP, du 12 mai 2004, en annexe à la présente réponse). Il concerne:

- *le passage au financement dual fixe des hôpitaux*. Cette réforme propose de passer du financement actuel par établissement à un financement des prestations. Très succinctement, cela consisterait à financer les prestations effectivement fournies, et non plus les coûts imputables d'un hôpital en tant qu'entreprise. En outre, toutes les prestations fournies - aussi bien par les hôpitaux publics que privés! - seraient prises en charge (en tenant compte des investissements) pour moitié par le canton et pour l'autre moitié par les assureurs-maladie (financement dual fixe);
- *la promotion du "managed care"*, soit l'inscription et la définition dans la loi de modèles d'assurance avec réseaux de soins intégrés. Il s'agirait de proposer des offres intégrées, impliquant aussi bien le patient (accompagné et suivi pendant tout le processus diagnostique et thérapeutique), que l'assureur et le fournisseur de prestations, financièrement responsable de l'ensemble du traitement.

C'est le premier de ces deux thèmes, soit le financement des hôpitaux, qui est au cœur de la présente interpellation urgente écrite, dont les réponses aux questions sont développées ci-dessous.

A. Question concernant le DAEL

1. Le DAEL serait-il en mesure d'évaluer prioritairement les immeubles confiés aux HCUGE et leurs charges, de façon à être prêts à répondre aux exigences fédérales?

1.1 Détermination des charges liées aux bâtiments et équipements

Pour mémoire, la construction des bâtiments destinés aux établissements publics autonomes, et aux HCUGE en particulier, relève de la compétence du DAEL, au titre de la maîtrise d'ouvrage. Le financement de ces opérations est assuré au travers de crédits d'investissements prévus par des lois spécifiques (dépense nouvelle).

Au terme de leur construction, les biens immobiliers sont remis aux HCUGE, lesquels en assument la gestion opérationnelle au titre de l'entretien courant et de la maintenance. L'entretien et le renouvellement sont donc assurés par l'établissement, notamment au moyen des subventions cantonales de fonctionnement (charges) et d'investissement (dépenses), dont l'octroi et le contrôle de l'utilisation ne relèvent plus du DAEL mais du DASS.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de relever que le DAEL ne peut déterminer sur la base de ses comptes l'intégralité des charges liées aux immobilisations hospitalières, car celles-ci proviennent :

- de la comptabilité générale de l'Etat (DF), laquelle détermine le montant des charges d'amortissement et le coût de financement (intérêt sur emprunts) en relation avec les comptes d'actifs concernés du patrimoine administratif;
- de la comptabilité des HCUGE, notamment celles qui concernent l'exploitation courante (entretien, consommation, etc.).

1.2. Détermination de la valeur de l'actif immobilier

Dans le cadre de la mise en place de la nouvelle comptabilité financière intégrée (CFI), le DAEL pilote actuellement un projet d'évaluation du patrimoine immobilier de l'Etat (EPIE), qui porte sur les biens gérés par l'Etat "central".

En effet, les objets figurant au bilan de l'Etat mais dont la gestion est confiée par délégation à des établissements autonomes, tels les HCUGE, ne font pas partie de l'opération d'évaluation en cours, laquelle a été limitée, par nécessité, à ce premier périmètre.

Rappelons également que les évaluations en cours s'inscrivent dans le cadre de la loi de financement du projet CFI, pour un montant limité à 1 million de francs. Or, un tel budget ne permet pas d'effectuer des expertises couvrant la totalité du périmètre requis, soit l'ensemble des terrains, bâtiments, ouvrages, etc. comptabilisés au bilan de l'Etat sous les chapitres du patrimoine administratif et du patrimoine financier.

C'est la raison pour laquelle nous avons distingué 3 périmètres:

1. les objets appartenant à l'Etat et gérés par lui;
2. les objets appartenant à des établissements publics autonomes, fondations (immobilières, p. ex), dont le produit de liquidation reviendrait à l'Etat;
3. les objets dans lesquels l'Etat dispose d'une participation (au financement, aux organes, etc.).

Il convient également de souligner que l'expertise de grands ensembles immobiliers, techniquement très complexes - comme les HCUGE, par exemple - ne peut être réalisée à brève échéance uniquement par des ressources internes du DAEL. L'évaluation du site hospitalier, comme d'ailleurs de l'ensemble des autres objets immobiliers gérés par les établissements publics (périmètres 2 et 3) s'inscrit dans un 2^{ème} projet, dans le

prolongement de celui actuellement mené et qui doit s'achever à fin 2004 (EPIE).

B. Questions concernant le DASS

2. Pour quelles raisons, alors que les HCUGE ne sont pas opposés à l'adoption de la comptabilité, les mises en conformité font-elles l'objet de demandes de reports (position du Conseil d'Etat du 28 avril 2004) plutôt que de mesures d'anticipation?

Le transfert de la totalité des charges immobilières ainsi que celles liées aux équipements, vers la comptabilité des HUG, nécessiterait la modification des règles actuelles en la matière; il s'agirait en particulier de donner aux HUG les moyens de couvrir les frais financiers et d'amortissement. Pour cela, et afin que les transferts se fassent en toute transparence, il est indispensable de procéder à une évaluation précise de la valeur de chaque bâtiment, du montant de l'amortissement, des frais financiers et d'entretien qui y sont rattachés. Tant que ces conditions ne sont pas réunies, cette intégration n'est pas réalisable.

3. Est-ce que, à l'heure actuelle, l'absence des charges immobilières et des charges d'équipement n'empêche pas un établissement transparent du coût des prestations?

L'établissement de coûts de prestations, sans prise en compte des charges immobilières et d'équipement, répond aux exigences actuelles de la LAMal, laquelle exclut ces charges des coûts imputables à l'assurance de base. L'absence de ces données dans la calculation actuelle des coûts ne transgresse toutefois pas un objectif de transparence, puisque ces éléments sont identifiables dans les comptes de l'Etat, du moins pour tous les objets non entièrement amortis.

En outre, la vraie définition du coût complet nécessiterait aussi l'existence de règles de prise en compte pour les objets amortis. Ces règles devraient être adoptées par tous les établissements comparables de Suisse, or elles n'existent pas pour l'instant.

4. Est-ce que ces mêmes manques n'empêchent pas une comparaison normale des coûts des prestations médicales du secteur public (où manquent ces charges) avec le secteur privé (qui est grevé par des charges immobilières et d'équipement)?

La comparaison des coûts nécessite un alignement normatif des données. Or ces conditions ne sont pas réunies à l'heure actuelle: les conditions-cadre diffèrent en effet sur certains points entre les secteurs public et privé. On peut par exemple mentionner le fait que les cliniques privées n'incluent pas le personnel médical - formé de praticiens indépendants - dans leurs coûts, que les types de pathologie prises en charges n'étant pas nécessairement comparables, les besoins en équipements peuvent de ce fait différer, etc.

De plus, il faut relever que le secteur privé développe ses activités dans les secteurs rentables, laissant au secteur public les secteurs d'activités peu rémunérateurs et à caractère social.

La comparaison des coûts n'est pas prioritairement bloquée à cause des manques relevés, mais elle ne sera possible que sur une base construite autour des coûts par pathologie (codage uniforme selon un standard, par exemple APDRG²) et un plan comptable univoque pour tous les établissements concernés.

5. En quoi la perpétuation de la LFU du 21 juin 2002 sur l'hospitalisation privée en hôpital public est-elle d'intérêt général, par rapport à la prise des mesures d'adaptation en temps et lieu pour l'implémentation de la nouvelle loi?

La Confédération n'a pas, pour l'heure, établi définitivement les règles de calcul des coûts des prestations. Il est par conséquent prématuré d'envisager leur application à deux secteurs de la santé dont les règles sont aujourd'hui très différentes (secteur public et secteur privé) (cf. supra).

La perpétuation de la LFU est « d'intérêt général » car il n'est pas envisageable de verser la part cantonale à l'hospitalisation privée dans les cliniques privées, sans disposer, à tout le moins, de mandats de prestations clairement définis et approuvés par le Parlement et imposant l'accès aux comptes et bilans des établissements concernés. En l'état, les contacts pris

² AP-DRG (All Patients Diagnosis Related Group) est une classification des différentes pathologies en 641 groupes homogènes, tant d'un point de vue clinique que d'un point de vue économique (consommation de ressources), exprimée en nombre de points.

avec eux laissent à penser que plusieurs des établissements concernés seraient ouverts à de telles pratiques.

6. Conclusion

En guise de conclusion, et par souci de complétude, il convient de préciser brièvement quelles seraient les conséquences potentielles pour les finances genevoises de l'adoption de la nouvelle loi sur le financement des hôpitaux.

Le fait de devoir supporter la prise en charge de 50% des coûts imputables des séjours en division privée et semi-privée des hôpitaux publics et subventionnés s'élève à environ 20 millions par an.

La prise en charge similaire pour les séjours privés en cliniques privées, et pour autant que l'ensemble des journées en cliniques privées soient concernées par un financement cantonal, devrait permettre un transfert de charges financières et d'activités des HUG vers les cliniques privées. Les montants concernés pèsent environ frs. 115 millions dans le ménage cantonal.

Pour votre information, le temps consacré à la préparation de la présente réponse a été d'environ 11 heures.

Au bénéfice de ces explications, le Conseil d'Etat vous invite, Mesdames et Messieurs les députés, à prendre acte du présent rapport.

AU NOM DU CONSEIL D'ETAT

Le chancelier :
Robert Hensler

Le président :
Robert Cramer

Annexes:

- Texte de l'IUE 100 de Mme Alexandra Gobet-Winiger
- Communiqué de presse de l'OFSP du 12 mai 2004: "Révision de la LAMal - 2^e série de mesures mises en consultation"

Secrétariat du Grand Conseil**IUE 100**

Interpellation présentée par la députée:

Mme Alexandra Gobet-Winiger

Date de dépôt: 14 mai 2004

Messagerie

Interpellation urgente écrite
Loi fédérale sur le financement des hôpitaux

L'application de la future loi sur le financement des hôpitaux impliquera que les charges immobilières des hôpitaux et celles liées aux équipements figurent aux comptes des établissements. Or à l'heure actuelle, l'absence de ces données aux comptes des HCUGE impacte non seulement la qualité de sa comptabilité analytique et financière mais sa capacité à répondre aux conditions d'application de la loi fédérale sur le financement des hôpitaux, même si une «rallonge de délai» pourrait être consentie par la Confédération.

C'est pourquoi l'interpellation demande :

au DAEL :

- s'il serait en mesure d'évaluer prioritairement les immeubles confiés aux HCUGE et leurs charges, de façon à être prêts à répondre aux exigences fédérales ;

au DASS :

- pour quelles raisons alors que les HCUGE, ne sont pas opposés à l'adoption de la comptabilité, les mises en conformité font l'objet de demande de reports (position du Conseil d'Etat du 28 avril 2004) plutôt que de mesures d'anticipation ?

- Est-ce qu'à l'heure actuelle, l'absence des charges immobilières et des charges d'équipement n'empêche pas un établissement transparent du coût des prestations ?
- Est-ce que ces mêmes manques n'empêchent pas une comparaison normale des coûts des prestations médicales du secteur public (où manquent ces charges) avec le secteur privé (qui est grevé par des charges immobilières et d'équipement) ?
- En quoi la perpétuation de la LFU du 21 juin 2002 sur l'hospitalisation privée en hôpital public est-elle d'intérêt général par rapport à la prise des mesures d'adaptation en temps et lieu pour l'implémentation de la nouvelle loi ?

ANNEXE 2

12 mai 2004

Assurance-maladie: 2e série de mesures mises en consultation: Financement des hôpitaux et promotion du managed care

Le Conseil fédéral a mis en consultation la deuxième série de révisions de la LAMal. Cette série contient deux projets de messages, l'un sur le financement des hôpitaux et l'autre sur le managed care, y compris des mesures portant sur les médicaments. Le premier concerne le passage du financement par établissement au financement des prestations, ainsi que la répartition des coûts pour moitié entre les cantons et les assureurs-maladie; le second porte sur le « managed care », expression désignant des modèles d'assurance avec réseaux de soins intégrés, qui doivent être inscrits dans la loi et définis. Le Conseil fédéral souhaite ainsi améliorer la qualité et le caractère économique des traitements médicaux en élargissant les possibilités, et notamment en encourageant ces modèles. La procédure de consultation s'achèvera le 12 juillet 2004.

Ce second paquet législatif fera l'objet d'une procédure de consultation ordinaire assortie d'un délai de deux mois. Il sera présenté au Parlement encore avant la session d'automne, puis débattu selon une procédure accélérée afin que les modifications de la LAMal proposées puissent entrer en vigueur le 1er janvier 2006.

Ces propositions sur le financement des hôpitaux et le managed care ont pour la plupart déjà fait l'objet de débats au Parlement dans le cadre de la 2e révision – interrompue – de la LAMal; elles sont complétées par de nouveaux éléments issus des travaux préparatoires qui avaient été lancés en vue de la 3e révision déjà planifiée.

Message 2A: passage au financement dual fixe des hôpitaux

Le Conseil fédéral propose de passer du financement actuel par établissement à un financement des prestations. En d'autres termes, ce ne seraient plus les coûts imputables d'un hôpital en tant qu'entreprise, mais les prestations effectivement fournies qui seraient financées, avec pour conséquence une amélioration de la transparence. De plus, toutes les prestations, aussi bien celles fournies par les hôpitaux publics que celles fournies par les hôpitaux privés figurant dans la planification cantonale, seraient prises en charge (déduction faite des investissements) pour moitié par le canton et pour l'autre moitié par les assureurs-maladie (financement dual fixe).

Ce nouveau système accroît l'égalité de traitement entre les divers fournisseurs de prestations hospitaliers et, par conséquent, la concurrence; il était susceptible de rallier une majorité dans le débat politique. Hormis le fait que le financement n'est pas le même pour les prestations ambulatoires et pour les hospitalisations, c'est un modèle concurrentiel bâti sur le rapport prix-prestation et sur la transparence du marché nécessaire. En même temps, le Conseil fédéral s'engage à présenter dans les trois ans une proposition relative à un système de financement « moniste » qui, avec un seul agent payeur au lieu de deux, constituerait l'étape suivante dans la transparence du financement.

Avec ces propositions relatives au financement des hôpitaux, le Conseil fédéral reprend pour l'essentiel les résultats de la 2e révision de la LAMal interrompue par le Parlement.

Message 2B: promotion du managed care

Ces dernières années, on a pris conscience au niveau international que si l'on veut des soins médicaux de grande qualité et économiques, il faut proposer des offres intégrées impliquant aussi bien le patient, accompagné et suivi pendant tout le processus diagnostique et thérapeutique, que l'assureur et le fournisseur de prestations, financièrement responsables de l'ensemble du traitement (modèles dénommés « managed care »). Avec la 2e révision de la LAMal, les assureurs auraient été obligés de proposer, seuls ou à plusieurs, des « formes particulières d'assurance » dans lesquelles les fournisseurs de prestations auraient été coresponsables du budget. A cette mesure était liée de fait l'obligation de proposer un réseau de soins intégré, qui était considérée comme une alternative à la liberté de contracter. Cette obligation complémentaire est maintenant supprimée: le Conseil fédéral part de l'hypothèse que la liberté de contracter et, plus tard éventuellement, le

financement moniste des hôpitaux pourraient constituer d'autres incitations à multiplier les offres de managed care.

L'objectif de la présente proposition est de créer un environnement susceptible de favoriser la diffusion des modèles de managed care, sans toutefois les imposer explicitement aux assureurs. Il s'agit plutôt de définir dans la loi le réseau de soins intégré comme une nouvelle forme, plus poussée, d'assurance particulière. Ce modèle est associé à un autre objectif – garantir aux assurés des soins de bonne qualité – que l'on peut atteindre, à l'intérieur de la chaîne de traitement, en complétant les prestations comprises dans l'assurance de base par des prestations supplémentaires.

Les mesures relatives aux médicaments proposées dans le cadre de la 2e révision sont reprises; il s'agit notamment d'inscrire explicitement dans la loi que lorsqu'une substance active est prescrite à la place d'un produit précis, il faut remettre aux assurés un médicament bon marché. Cette mesure renforce, à l'intérieur du triangle médecin-patient-pharmacien, l'incitation à faire un usage économique des médicaments. De manière générale, si plusieurs produits conviennent tout aussi bien dans un cas donné, c'est le moins cher qui doit être prescrit et remis.

DÉPARTEMENT FÉDÉRAL DE L'INTÉRIEUR

Service de presse et d'information

Renseignements: Fritz Britt, vice-directeur, Office fédéral de la santé publique, 031 322 95 05

Les projets mis en consultation peuvent être consultés sur le site Internet de l'OFSP

(<http://www.bag.admin.ch/kv/ff/index.htm>)

© 2002 L'Office fédéral de la santé publique, CH-3003 Berne

Tél +41 (0)31 322 21 11, Fax +41 (0)31 322 95 07

E-Mail info@bag.admin.ch, Dernière modification: 12.05.2004