

*Projet présenté par le Conseil d'Etat*

*Date de dépôt : 11 mai 2011*

**Projet de loi**  
**modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-**  
**maladie (LaLAMal) (J 3 05)**

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

**Art. 1 Modifications**

La loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du  
29 mai 1997, est modifiée comme suit :

**Chapitre IV A Planification et financement des**  
**établissements hospitaliers (nouveau)**

**Art. 16A Planification (nouveau)**

<sup>1</sup> La planification hospitalière cantonale vise à couvrir les besoins en soins  
hospitaliers des habitants du canton. Elle est réexaminée régulièrement.

<sup>2</sup> Pour déterminer ces besoins, le département chargé de la santé se fonde  
notamment sur des statistiques médicales, des éventuels déséquilibres  
existant entre l'offre et la demande de prestations hospitalières, des scénarios  
démographiques et sur toute autre donnée utile.

<sup>3</sup> Dans ce cadre, il peut faire appel à la commission consultative en matière de  
planification hospitalière. Cette dernière émet des recommandations  
concernant les besoins en soins hospitaliers des habitants du canton et la mise  
en œuvre de ladite planification.

**Art. 16B Liste hospitalière (nouveau)**

<sup>1</sup> Le Conseil d'Etat établit la liste hospitalière conformément à la législation fédérale et cantonale.

<sup>2</sup> La liste hospitalière garantit une offre suffisante de prestations par rapport aux besoins des habitants du canton en matière d'hospitalisation. Elle tient compte :

- a) des besoins couverts par l'offre des hôpitaux ne figurant pas sur la liste;
- b) des besoins couverts par l'offre des hôpitaux hors canton;
- c) des besoins couverts dans le cadre d'éventuels projets pilotes permettant la prise en charge de prestations dans des zones frontalières, au sens de l'article 36a de l'ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995.

<sup>3</sup> La liste mentionne pour chaque établissement l'éventail de prestations pour lequel il est mandaté.

<sup>4</sup> Pour figurer sur la liste, un établissement doit répondre aux critères suivants :

- a) être reconnu comme indispensable à la couverture des besoins des habitants du canton dans le domaine hospitalier, conformément à la planification cantonale;
- b) s'engager à développer et à exploiter des synergies entre hôpitaux en instaurant des collaborations transversales, notamment en matière d'utilisation des infrastructures, des compétences, des équipements et en matière d'échange électronique de données sur les patients;
- c) garantir une qualité dans la fourniture de ses prestations et répondre aux recommandations en la matière, notamment traiter un nombre suffisant de cas par discipline médicale;
- d) assurer le caractère économique et l'efficacité des prestations qu'il fournit;
- e) assurer la sécurité des patients;
- f) conclure avec l'Etat un mandat de prestations.

**Art. 16C Mandats de prestations (nouveau)**

<sup>1</sup> Le Conseil d'Etat conclut des mandats de prestations avec les établissements sélectionnés pour figurer sur la liste hospitalière.

<sup>2</sup> Ces mandats fixent les engagements de l'Etat et ceux des établissements répertoriés. Ils mentionnent notamment le nombre de cas par établissement et les modalités de révision des mandats.

<sup>3</sup> Pour pouvoir conclure un mandat de prestations, un établissement doit s'engager à remplir les exigences suivantes :

- a) assurer l'accès des patients au traitement dans un délai utile;
- b) garantir une couverture des besoins prioritaires de la population, notamment en cas d'épidémies et de catastrophes;
- c) accepter tout malade en fonction des volumes planifiés et attribués;
- d) transmettre au département chargé de la santé les statistiques et autres instruments de mesure de son activité médicale dans le domaine de la LAMal;
- e) fournir un décompte détaillé des recettes et dépenses d'exploitation liées à l'activité subventionnée et ses états financiers relatifs à l'année du subventionnement;
- f) disposer d'un service d'urgence et/ou d'une permanence médicale, selon la planification des besoins le cas échéant, et appliquer la charte du réseau des urgences genevois (RUG);
- g) respecter les conditions de travail telles que prévues dans les lois, les règlements et/ou les conventions collectives de travail applicables en la matière, s'agissant notamment du salaire, de l'horaire de travail ou des prestations sociales;
- h) former du personnel de santé en fonction de ses capacités;
- i) disposer d'un outil de surveillance de la qualité.

#### **Art. 16D Contrôles et sanctions (nouveau)**

<sup>1</sup> Les établissements au bénéfice d'un mandat de prestations font l'objet de contrôles par le département chargé de la santé portant notamment sur le respect de la planification et de l'affectation de la participation cantonale.

<sup>2</sup> Sur proposition du département chargé de la santé, le Conseil d'Etat peut résilier le mandat de prestations, réduire le montant de la participation financière octroyée et/ou en exiger la restitution totale ou partielle lorsque :

- a) la participation financière n'est pas utilisée en conformité au mandat de prestations;
- b) l'établissement ne remplit pas ou remplit incorrectement son mandat;
- c) la participation financière a été indûment versée notamment sur la base d'un état de fait inexact ou incomplet.

## **Art. 16E Coûts d'utilisation des immobilisations et investissements (nouveau)**

<sup>1</sup> La part des forfaits dévolue au financement des coûts d'utilisation des immobilisations doit faire l'objet d'un décompte détaillé.

<sup>2</sup> Les éventuels montants mis en réserve en vue de l'acquisition d'investissements futurs doivent apparaître séparément au bilan. Ils ne peuvent être utilisés par l'établissement que pour financer des équipements conformes au but et aux objectifs visés par le mandat de prestations.

<sup>3</sup> Tout investissement structurel et/ou lié à l'acquisition de grands appareils, projeté et qui est en rapport avec l'activité subventionnée, doit préalablement faire l'objet d'un rapport soumis au département chargé de la santé pour approbation.

## **Art. 16F Prise en charge des coûts (nouveau)**

<sup>1</sup> Les prestations hospitalières faisant l'objet d'un mandat de prestations sont rémunérées selon les structures tarifaires uniformes instaurées à l'échelon national.

<sup>2</sup> Le canton cofinance les prestations réalisées. A cette fin, le Conseil d'Etat fixe, au plus tard 9 mois avant le début de l'année civile, la part cantonale de financement au sens de l'article 49a LAMal.

## **Art. 16G Prestations d'intérêt général (nouveau)**

<sup>1</sup> Pour des raisons de santé publique, le Conseil d'Etat peut confier à certains établissements l'exécution de prestations relevant de l'intérêt général et non couvertes par une assurance en application de la législation fédérale, comme notamment la formation universitaire, la recherche, le service d'urgence, ou encore le maintien de capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale.

<sup>2</sup> Il détermine sa participation en fonction notamment du coût des prestations concernées et d'autres sources de financement.

## **Art. 51 Dispositions transitoires (al. 5 et 6 nouveaux)**

### ***Modification du .....***

<sup>5</sup> Dans le cadre du financement hospitalier et afin d'assurer une couverture suffisante des besoins, le Conseil d'Etat peut inscrire en tout temps sur la liste, à partir de l'entrée en vigueur de la présente loi et jusqu'au 31 décembre 2014 au plus tard, un établissement hospitalier qui n'aurait pas été pris en compte lors de la planification.

<sup>6</sup> Dans l'attente des structures tarifaires communes à l'échelon national pour la psychiatrie, la réadaptation et la gériatrie, les prestations sont rémunérées selon le mode de financement valable à l'entrée en vigueur de la présente loi.

**Art. 2      Modification à une autre loi**

La loi sur la santé, du 7 avril 2006 (K 1 03), est modifiée comme suit :

**Art. 28, al. 2 (nouvelle teneur)**

<sup>2</sup> Le Conseil d'Etat présente au Grand Conseil, en principe tous les 4 ans, une planification sanitaire cantonale comportant notamment les objectifs, les activités, les organismes responsables et les modes de financement. Le Grand Conseil se prononce dans les 6 mois sous forme de résolution.

**Art. 3      Entrée en vigueur**

La présente loi entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Certifié conforme

La chancelière d'Etat : Anja WYDEN GUELPA

## ***EXPOSÉ DES MOTIFS***

Mesdames et  
Messieurs les députés,

### **I. Partie générale**

#### ***1. Introduction***

Le 21 décembre 2007, les Chambres fédérales ont adopté une révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10), dans le domaine du financement hospitalier. Ces modifications légales, entrées en vigueur le 1er janvier 2009, prévoient un nouveau mode de financement hospitalier, dès le 1er janvier 2012.

Elles imposent de nouvelles obligations aux cantons en matière de planification hospitalière. Il s'ensuit que le canton de Genève doit déterminer l'offre nécessaire pour couvrir les besoins de ses habitants et édicter une nouvelle liste hospitalière, en prenant en considération des critères – désormais imposés par le droit fédéral –, tels que notamment l'accès aux soins, le caractère économique et la qualité des prestations.

Afin de garantir une mise en œuvre adéquate au niveau cantonal de ces nouvelles dispositions légales fédérales, le Conseil d'Etat propose en conséquence la modification de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 1997 (J 3 05), selon un calendrier permettant aux dispositions cantonales modifiées et à la nouvelle liste de déployer leurs effets dès le 1er janvier 2012.

#### ***2. Nouveautés du droit fédéral***

Le nouveau financement hospitalier introduit notamment :

- pour les assurés, le libre-choix de l'hôpital dans lequel ils souhaitent se faire traiter, sur le territoire suisse;
- un financement forfaitaire des prestations, conjointement par le canton et par les assureurs, sur la base d'un nouveau système tarifaire unifié (Swiss-DRG) et non plus un financement par établissement;
- la prise en compte forfaitaire des charges d'investissement dans les nouveaux tarifs;
- une nouvelle répartition du financement entre les cantons et les caisses-maladie, les cantons devant, à l'avenir, financer au minimum 55% des forfaits pour les prestations des hôpitaux figurant sur la liste. Cette

répartition s'applique tant aux établissements publics qu'aux cliniques privées inscrits sur la liste hospitalière cantonale et bénéficiant d'un mandat de prestations;

- l'exclusion, dans les calculs des forfaits, des coûts des prestations d'intérêt général, notamment celles liées au maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale ainsi que les frais pour les activités de recherche et de formation universitaire. Ces prestations sont financées par le canton seul;
- la possibilité pour les assureurs de conclure avec les hôpitaux et cliniques non répertoriés des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'assurance obligatoire des soins (ci-après l'AOS).

### *2.1 Introduction de la liberté de choix du patient*

Dès 2012, l'introduction du libre choix du patient obligera le canton à prendre en charge sa part respective de rémunération d'un traitement dans n'importe quel hôpital figurant sur une liste cantonale (hôpital répertorié), même en l'absence de raisons médicales. Cette liberté a pour première conséquence que les flux de patients ne peuvent pas être anticipés par le canton car les critères de son choix ne sont pas connus.

Deuxièmement, le canton sera tenu de participer au financement des hospitalisations de ses ressortissants dans les établissements que les autres cantons auront inscrits sur leurs propres listes.

A titre d'exemple, le canton de Genève devra financer en partie les hospitalisations de ses ressortissants qui auront choisi de se faire traiter dans les hôpitaux répertoriés par le canton de Vaud. L'éventuel solde (si le tarif genevois se révélait être inférieur au tarif vaudois) serait à la charge du patient. Si, par contre, l'établissement vaudois figure sur la liste hospitalière genevoise, le tarif vaudois sera appliqué et remboursé.

Le libre choix pourrait avoir un impact considérable sur les flux intercantonaux de patients. S'agissant en particulier des flux de patients genevois en sortie vers d'autres cantons, les limites structurelles des centres hospitaliers géographiquement proches rendent toutefois un accroissement significatif relativement improbable et peu inquiétant. De plus, il faut rappeler à cet égard qu'une coordination existe déjà actuellement entre les Hôpitaux Universitaires de Genève et différents hôpitaux vaudois.

Une progression du nombre des hospitalisations de patients domiciliés dans les autres cantons qui souhaiteraient profiter des structures genevoises n'est par contre pas à exclure. Genève dispose en effet d'un hôpital universitaire et d'une offre de prestations hospitalières privées importants et de qualité. A cet égard, le Conseil d'Etat va ainsi veiller à prévoir un nombre de places suffisant dans sa planification pour que les habitants du canton puissent bénéficier d'un accès aux soins approprié dans les établissements locaux.

## *2.2 Financement forfaitaire des prestations sur la base de SwissDRG*

En matière de financement, un aspect technique important de la réforme concerne le système tarifaire. A ce jour, la rémunération des traitements hospitaliers en Suisse est fixée de manière assez hétérogène puisqu'une même prestation peut être rémunérée différemment selon les établissements et selon les cantons, en fonction des tarifs négociés avec les assureurs-maladie. Les cantons sont, eux, légalement tenus de couvrir la part restante, soit le déficit d'exploitation, ce qui ne crée pas de bonnes incitations pour les hôpitaux et annihile la concurrence.

La nouvelle structure tarifaire prévoit une participation des cantons au financement hospitalier selon des forfaits par cas, appelés « SwissDRG », dont la structure est uniforme pour toute la Suisse et qui – fait nouveau –, incluent la couverture des charges d'investissements. Il s'agit d'un système de financement plus homogène qui vise à couvrir tous les séjours hospitaliers et qui a été amélioré par rapport au système utilisé actuellement dans le domaine des soins aigus somatiques.

A titre d'exemple, au DRG 371 (césarienne), la structure tarifaire attribue une valeur de 0.9 point (cost-weight ou lourdeur du cas). Ceci veut dire que le coût relatif d'une hospitalisation pour une césarienne représente 0.9 fois le coût moyen calculé sur l'ensemble des hospitalisations. Le baserate ou valeur du point, calculé sur l'ensemble des cas, correspond par définition, à un cost-weight de 1,0. C'est donc cette valeur qui sera négociée avec les assureurs.

Ce nouveau système tarifaire a pour but d'améliorer la transparence et la comparabilité entre hôpitaux, afin d'accroître leur efficacité et la concurrence. Les forfaits de base seront négociés directement entre les assureurs-maladies et les établissements hospitaliers.

S'agissant des hospitalisations en psychiatrie, de la réadaptation, des soins palliatifs et des suites de traitement en général, le catalogue de prestations devra aussi être uniforme au niveau Suisse et fait l'objet également d'une réforme. Toutefois, dans un premier temps, le financement pour ce type de séjours continuera d'être réalisé sur la base de forfaits journaliers.



### *2.3 Charges d'investissement intégrées dans les forfaits*

Jusqu'à présent, le canton subventionnait le 100% des investissements dans les hôpitaux publics. La nouvelle structure tarifaire prévoit que les charges d'investissements sont incluses dans les forfaits. A relever toutefois que la possibilité d'un financement subsidiaire des investissements lourds par le canton en faveur de certains établissements médicaux demeure, en tant que mesure de politique régionale.

### *2.4 Nouvelle répartition du financement entre les cantons et les caisses-maladie*

Les changements relatifs au système de financement des séjours hospitaliers impliquent que les cantons financeront partiellement les prestations fournies par tous les établissements admis sur les listes hospitalières cantonales, c'est-à-dire y compris les cliniques privées (contrairement au système actuel). En d'autres termes, tous les établissements (publics et privés) intégrés dans les planifications cantonales et au bénéfice d'un mandat décrivant l'éventail des prestations qu'ils s'engagent à fournir bénéficieront du financement cantonal. La LAMal précise à ce propos que la part cantonale de financement se monte à 55% au moins (art. 49a, al. 2 LAMal).

A Genève, les cliniques privées réalisent actuellement environ 30% des cas de soins aigus pour des patients domiciliés dans le canton, toutes assurances confondues (LAMal, LAA, LAI, LCA, etc.).

Il faut dès lors prévoir la possibilité d'une collaboration avec les cliniques privées pour pouvoir disposer le cas échéant d'une couverture adéquate des besoins par l'achat de prestations auprès de ces dernières, pour un volume et des natures de prestations définies.

### *2.5 Exclusion, dans les calculs des forfaits, des coûts des prestations d'intérêt général, de la recherche et de la formation universitaire*

A partir de 2012, le financement de la formation universitaire ne pourra plus être assuré par le biais du tarif appliqué aux prestations de soins mais devra être pris en charge séparément par le canton au même titre que les autres prestations d'intérêt général (comme par exemple les services d'urgences ou la nécessité de garantir une offre hospitalière dans une région périphérique). Jusqu'ici, l'ensemble des coûts des hôpitaux consacrés à la formation et à la recherche étaient considérés comme des coûts d'exploitation non imputables et ne pouvaient donc pas entrer dans le calcul des tarifs. Comme la LAMal suppose que seules les prestations du personnel médical ayant achevé sa formation soient remboursées, la définition de « formation

universitaire » doit être utilisée au sens large et comprend donc la formation de base et la formation postgrade jusqu'à l'obtention du titre postgrade fédéral. Les charges liées à la formation universitaire incomberont ainsi directement aux cantons et feront l'objet de contrats de prestations conclus entre l'Etat et les établissements concernés.

### *2.6 Possibilité pour les assureurs de conclure directement avec les établissements non répertoriés des conventions.*

Le nouveau financement hospitalier prévoit également la possibilité pour les assureurs de conclure avec les hôpitaux et cliniques qui ne figurent pas sur les listes cantonales des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'AOS (régime conventionné, art. 49a, al. 4 LAMal).

### **3. Impact financier**

Le financement des hospitalisations en division privée repose à ce jour sur des conventions tarifaires passées entre les cliniques privées et les assureurs, le canton n'intervenant que lorsqu'un patient était hospitalisé en division privée ou semi-privée d'un hôpital public ou privé subventionné du canton de domicile pour la part des coûts imputables dans la division commune de cet hôpital (ATF 127 V 422). Ce domaine représente un secteur d'activité économique particulièrement développé à Genève et participe incontestablement à son attrait international.

Comme déjà relevé supra, le canton devra dorénavant participer au financement de tous les hôpitaux répertoriés. Cette participation interviendra toutefois uniquement pour les prestations qui feront l'objet d'un mandat de prestations avec l'Etat.

Par ailleurs, conformément à ce qui précède, un régime de financement – dit « conventionné » –, basé exclusivement sur des conventions conclues par les cliniques privées directement avec les assureurs continuera d'exister. Il est nécessaire ici de rappeler que le droit fédéral impose explicitement au canton de tenir compte du régime conventionné existant entre les cliniques privées et les assureurs, en excluant les cas concernés de sa planification (art. 58b, al. 3 OAMal). En effet, le but du nouveau droit fédéral est clair : l'objectif de cette réforme n'est pas de "nationaliser" tout un secteur économique, en rendant les cliniques privées dépendantes exclusivement du financement de l'Etat et de la planification cantonale mais au contraire, de prévoir un financement étatique subsidiaire au financement apporté par les assurances complémentaires (privées), afin de ne pas entraver la liberté économique.

A noter encore que les prestations hospitalières financées par l'Etat dans les cliniques privées correspondront à celles fournies aux patients soignés en « division commune » et non pas en « division privée ». Cette dernière division restera donc régie par les conventions entre cliniques et assureurs. Pour ces mêmes raisons, la division privée des Hôpitaux Universitaires de Genève ne bénéficiera plus automatiquement du financement cantonal et continuera de faire l'objet d'une comptabilité séparée, à traiter comme les autres fournisseurs privés de prestations.

#### **4. Différents régimes de financement**

Dans le système de financement actuel, les coûts sont répartis entre l'assurance-maladie obligatoire de base, le canton et, cas échéant, l'assurance-maladie privée du patient. Font exceptions les cas d'accidents et les cas d'invalidités. Dans le canton de Genève, les hospitalisations en clinique privée sont financées par les assureurs uniquement (par l'AOS et par de l'assurance complémentaire), sans aucune participation du canton.

La modification de la loi fédérale consacre désormais l'existence de trois régimes de financement :

- un régime planifié par le canton dans lequel œuvreront les établissements autorisés – dits répertoriés – qui figureront sur la liste hospitalière, au bénéfice d'un mandat de prestations et pour lesquels les assureurs auront l'obligation de contracter. Dits établissements recevront la part de financement de l'AOS et celle de l'Etat;
- un régime conventionné au sein duquel évoluent les établissements bénéficiant d'une autorisation d'exploitation de droit cantonal et qui auront passé des accords tarifaires avec un assureur-maladie. Il s'agit d'un régime dans lequel il existe la liberté de contracter entre établissements et assureurs. L'établissement ne sera pas au bénéfice d'un mandat de prestations de l'Etat : il conclura un accord tarifaire pour bénéficier de la part de financement de l'AOS mais ne recevra aucun financement du canton;
- un régime libre dans lequel œuvreront les établissements non répertoriés et non conventionnés, par exemple pour la clientèle internationale ou pour des prestations non couvertes par l'AOS.

Au vu de ce qui précède, seul le régime planifié fera désormais l'objet d'un subventionnement cantonal s'élevant au moins à 55% du tarif applicable aux prestations de l'assurance obligatoire des soins.

## 5. *Planification et achat de prestations*

Le processus de planification hospitalière cantonale consiste à déterminer précisément la nature et le nombre de prestations que le canton doit financer pour répondre de manière adéquate aux besoins des habitants du canton, puis à répartir contractuellement ces prestations entre les établissements hospitaliers qui auront été sélectionnés, déduction faite de l'offre couverte par les établissements du canton ne figurant pas sur la liste, de celle couverte par les établissements hors canton (art. 58b, al. 3 OAMal) et, cas échéant de celle couverte dans le cadre de projets pilotes dans les zones frontalières au sens du droit fédéral (art. 36a OAMal).

Il existe une latitude pour le canton dans le choix des établissements à faire figurer sur la liste hospitalière. En effet, la décision d'admettre un hôpital sur la liste ayant une signification et un caractère de nature essentiellement politique, la loi fédérale n'accorde pas de droit à l'admission sur la liste (ATF 133 V 123 et ss).

La révision de la LAMal a néanmoins apporté un changement important puisque les cantons doivent dorénavant prendre en compte un certain nombre de critères fixés dans l'OAMal lors de la planification. L'autre nouveauté est que le canton et les établissements qui figureront sur la liste devront conclure des mandats de prestations.

Le Conseil d'Etat a pris l'option de ne pas appliquer la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005 (LIAF ; D 1 11) aux achats de prestations, pour les raisons suivantes :

Premièrement, la participation cantonale prévue par le financement hospitalier est imposé aux cantons par la LAMal. Or, cette participation, trouve désormais son fondement dans la législation fédérale. A ce titre, elle, constitue une exception à l'application de la LIAF, visée par son article 4, lettre i), disposition qui stipule que la LIAF ne s'applique pas aux indemnités et aux aides financières fixées de manière impérative par le droit fédéral. La participation du canton dans le cadre du nouveau financement hospitalier est donc exclue du champ d'application même de la LIAF.

Deuxièmement, dans le cadre de l'octroi des mandats de prestations aux établissements qui figureront sur la liste, le canton peut imposer des conditions mais celles-ci ne sont admissibles que si elles ont trait à la couverture des besoins en soins de la population ou sont en lien avec des services d'intérêt public (par ex.: les services d'urgence) ou avec les critères de planification établis par le Conseil fédéral (art. 58a et ss OAMal) qui sont la qualité et l'économicité (cf. avis de droit de O. Guillod, P. Mahon,

M. Mader, Projets de modifications de la loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES) et de la loi sur la santé publique (LSP) dans le cadre de la mise en œuvre des révisions LAMal, mai 2010, page 29; FF 2004, p. 5232).

Au vu de ce qui précède, poser comme condition dans le présent projet de loi qu'un établissement soit obligé de conclure un contrat soumis à la LIAF – instrument de pilotage cantonal – pour être admis sur la liste constituerait un critère contraire au droit fédéral.

Plus spécifiquement encore, les modalités de financement d'une entité dans le cadre de la LIAF consistant à fixer un montant plafond à titre de subvention pour la durée du contrat de prestations ou à tout le moins annuellement, s'accommodent très mal avec la planification hospitalière, processus évolutif qui nécessitera des modifications parfois rapides de la liste hospitalière cantonale, afin de maintenir en tout temps la couverture des besoins en soins des habitants du canton.

En d'autres termes, le processus LIAF ne permettrait pas de subventionner rapidement de nouvelles prestations pour un hôpital déterminé, au cas où la couverture des besoins en soins de la population genevoise serait insuffisante, dans un secteur médical spécifique.

Enfin, relativement aux mandats de prestations, il convient de relever que leur processus d'attribution relève du droit cantonal. Le législateur fédéral laisse effectivement les cantons libres concernant la réalisation de la planification – sous réserve de la prise en compte des critères fixés dans l'OAMal – et l'organisation du processus d'octroi des mandats de prestations. Il n'est ainsi pas obligatoire d'appliquer la législation en matière de marchés publics (cf. Réponse du Conseil fédéral du 4 juin 2010 à la motion 10.3292 de M. P. Malama, p. 2; Avis de la commission de la concurrence du 19 avril 2010, sur mandat d'avis de la direction de la santé publique du canton de Zurich selon l'at. 47 LCart au sujet de 531-0008 : planification hospitalière 2012, p. 8).

## **II. Commentaires article par article**

### ***Article 16 A***

#### ***Alinéa 1***

La planification cantonale vise à couvrir les besoins en soins des habitants du canton. Autrement dit, le canton doit assurer le financement et la fourniture des prestations de soins pour les personnes qui ont leur domicile, au sens des articles 23 et ss du code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC,

RS 210), dans le canton. A cet égard, on peut relever que le canton doit donc également tenir compte des assurés qui ne paient pas directement leurs primes, mais qui seraient tenus de le faire en vertu de la loi (affiliation d'office), s'agissant des sans-papiers notamment. Par contre, le canton ne planifie pas les besoins à couvrir concernant les assurés domiciliés dans les autres cantons ou en France voisine. Dans ces domaines, l'offre hospitalière relève de la liberté économique et des politiques d'entreprise mises sur pied par les établissements. Ce raisonnement s'applique également aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), qui, pour des raisons de masse critique de patients, comptent sur une clientèle plus vaste que les seuls habitants du canton.

Cet article mentionne également le caractère évolutif de la planification. Les effets liés au nouveau financement hospitalier étant inconnus à ce jour, cela implique une révision régulière de la planification afin d'une part de pouvoir assurer une adéquation entre l'offre et la demande de soins, d'autre part d'établir des comparaisons fiables entre hôpitaux en termes de qualité et de rentabilité, analyses comparatives désormais exigées par le droit fédéral. A la fin de la période transitoire courant du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2014 prévue par le droit fédéral, pendant laquelle des ajustements devront avoir lieu, la planification devra être revue en principe tous les quatre ans conformément à la loi cantonale sur la santé, du 7 avril 2006 (K 1 03, art. 28, al. 2 tel que modifié par le présent projet de loi, voir art. 2).

#### *Alinéa 2*

Planifier signifie « faire coïncider l'offre avec les besoins ». Or, aucune procédure d'évaluation des besoins n'est prévue par la législation fédérale. Celle-ci édicte désormais des critères de planification uniformes (art. 58a et ss OAMal) et précise que cette démarche doit être vérifiable, en se fondant sur des données statistiques et sur des comparaisons. Cet alinéa indique ainsi les principaux critères utilisés pour l'évaluation des besoins et les outils à disposition dans une formulation ouverte et non limitative.

#### *Alinéa 3*

Pour affiner les résultats du modèle statistique d'évaluation des besoins élaboré par l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN) et par le Service cantonal de recherche et d'information statistique (SCRIS), le département chargé de la santé peut se baser sur le préavis de la commission consultative en matière de planification hospitalière, instaurée par le biais du règlement instituant une commission consultative en matière de planification hospitalière, du 3 février 2010 (RComPlanH ; J 3 05.52). En effet, les projections fournies par ce modèle peuvent faire l'objet d'ajustements,

notamment relativement à la prise en considération des éventuelles files d'attentes et à l'amélioration de techniques médicales envisagées dans le futur. Les membres de la commission fournissent les connaissances concrètes des métiers, lesquelles sont indispensables à une correcte évaluation des besoins en soins.

## **Article 16 B**

### *Alinéa 1*

La liste hospitalière est édictée par le Conseil d'Etat, autorité compétente en vertu de la législation cantonale (art. 3, al. 2, let. a LaLAMal, art. 5, al. 2 let. b et 28, al. 2 LS). Il établit la liste conformément à la LAMal et à l'OAMal.

### *Alinéa 2*

Cet alinéa précise deux aspects fondamentaux de la planification hospitalière qui émanent de la volonté du législateur fédéral:

- le canton planifie les besoins de ses habitants, soit ceux qui ont un domicile – au sens des art. 23 et ss CC – à Genève;
- les besoins déjà couverts par l'offre des hôpitaux du canton ne figurant pas sur la liste et/ou l'offre des hôpitaux hors-canton (art. 58b, al. 3 OAMal) doivent être pris en compte. En effet, conformément aux nouveaux critères de planification fixés par le Conseil fédéral, la liste hospitalière devra être établie en fonction des besoins de la population, déduction faite des besoins couverts par les hôpitaux ne figurant pas sur la liste et de ceux couverts par les hôpitaux hors canton.

Il est également prévu de tenir compte, le cas échéant, des besoins à couvrir dans le cadre de projets pilotes qui prévoiraient la prise en charge de prestations fournies à l'étranger, dans des zones frontalières, à des habitants du canton, conformément à l'article 36a OAMal.

### *Alinéa 3*

La liste hospitalière doit contenir l'éventail des prestations par établissement dans la mesure où, selon le nouveau financement hospitalier, le canton doit financer des prestations et non plus des établissements (art. 58e, al. 2 OAMal). Elle précisera également les spécialités médicales. La nouvelle liste sera ainsi beaucoup plus complète que la liste actuelle, puisqu'elle constituera un inventaire précis, par établissement, du type de prestations faisant l'objet du mandat octroyé, soit celles qui, par voie de conséquence, bénéficieront du financement cantonal.

#### *Alinéa 4*

Cet alinéa définit les critères applicables pour figurer sur la liste et reprend, entre autres, les critères fédéraux pour les préciser et les compléter.

a) Ce critère est imposé par le droit fédéral. Le message du Conseil fédéral relatif aux modifications du 21 décembre 2007 précise que toutes les capacités nécessaires pour fournir les prestations au sens de la LAMal doivent être englobées dans la planification des besoins (FF 2004 5223).

b) Ces mesures d'optimisation sont prévues afin de favoriser les projets transversaux et l'échange électronique de données, ainsi que d'améliorer la communication et la transparence entre les partenaires dans les domaines cités en vue d'assurer la mise en commun des ressources et de diminuer les coûts. La nécessité de synergies entre établissements est surtout importante en matière d'équipements lourds, étroitement liés à des technologies de pointe dont il faut éviter des achats superflus, mais elle peut s'appliquer à d'autres domaines également.

c) Ce critère est mentionné à l'article 58b OAMal, aux alinéas 4, lettre a et 5, lettres c et d. Ces alinéas stipulent que lors de l'évaluation et du choix de l'offre qui doit être garantie par la liste, les cantons doivent notamment prendre en compte la qualité de la fourniture de prestations. Lors de l'examen de cette qualité, les cantons prennent en considération, entre autres, des critères et indicateurs de qualité définis notamment par H+, l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) et la FMH, ainsi que le nombre minimum de cas.

d) La mention de ce critère fédéral (art. 58b OAMal) doit être précisée en ce sens qu'il ne sera pas applicable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012. En effet, les données nécessaires à son application ne seront disponibles que lorsque le système d'évaluation de SwissDRG aura fait ses preuves, soit vraisemblablement d'ici la fin de la période transitoire (2012-2014).

e) Ce critère est lié à celui de la qualité, lui-même tiré du droit fédéral (art. 58b OAMal). Il y a en effet lieu d'exiger que l'établissement amené à figurer sur la liste garantisse une qualité à même d'assurer la sécurité de la prise en charge des patients, laquelle comprend deux aspects :

- un aspect de droit sanitaire cantonal. En effet, un établissement et ses professionnels doivent répondre à un certain nombre d'exigences de police sanitaire conformément à la loi cantonale sur la santé, du 7 avril 2006 (K 1 03), et les respecter afin de bénéficier d'autorisations d'exploitations, respectivement d'autorisations d'exercer une activité en tant que professionnel de la santé.



- un aspect lié à la qualité qui englobe les notions d'hygiène, d'équité, d'accessibilité, d'efficacité, d'efficience et de soins centrés sur le patient, le but étant que les établissements tendent à améliorer la qualité de leur prise en charge.

### **Article 16 C**

#### *Alinéas 1 et 2*

Tout établissement figurant sur la liste hospitalière fait l'objet d'un mandat de prestations qui fixe, entre autres, un éventail de prestations à réaliser et la part cantonale de financement correspondante. Il faut relever ici que cette participation financière du canton constitue une subvention dans la mesure où il s'agit de couvrir les besoins en soins hospitaliers de la population du canton (accomplissement d'une tâche publique; article 39, alinéa 1, lettre d LAMal; cf. avis de droit de O. Guillod, P. Mahon, M. Mader, op. cit. page 27).

#### *Alinéa 3*

Les hôpitaux sélectionnés pour figurer sur la liste doivent au surplus s'engager à remplir un certain nombre d'exigences, dont certaines figureront également dans le mandat précité. Ces conditions sont conformes à la LAMal et permettent à l'Etat de contrôler l'utilisation de la subvention. Ces exigences sont modulées en fonction des prestations confiées aux établissements, ainsi que de leur volume.

a) Ce critère est repris du droit fédéral (art. 58b, al. 4, let. b OAMal). L'hôpital concerné doit prendre les mesures nécessaires pour assurer une prise en charge des patients dans un délai approprié au regard de leurs pathologies.

b) Cette condition rappelle que le canton doit pouvoir faire face en tout temps à des situations d'urgence. Il convient de plus de s'assurer de la participation des hôpitaux listés aux plans d'urgence en vigueur.

c) Ce critère met en exergue le fait que la sélection des malades en fonction du risque ou de critères socio-économiques est proscrite.

d) Les établissements subventionnés doivent fournir toutes les informations statistiques jugées nécessaires à la conduite de la politique cantonale de santé publique.

e) La contribution financière cantonale constituant une subvention, comme relevé ci-dessus, un contrôle de l'Etat sur celle-ci est nécessaire.

f) Ce critère est afférent au fait que l'établissement concerné participe, selon les besoins, au réseau des urgences genevois dans son domaine d'activité.

g) Les établissements privés n'étant pas visés par la législation sur le statut du personnel de l'Etat, cette lettre précise que les conditions de travail stipulées dans les conventions collectives en vigueur doivent être également respectées, ceci dans l'optique d'une maîtrise des coûts (pas de sur- ou de sous-rémunération notamment).

h) Cette exigence assure le fait que les établissements s'engagent à offrir des places de stage et à former le personnel de soins selon leurs capacités.

i) Le suivi de la qualité est très important et peut être réalisé notamment à l'aide de tableaux de bord.

### **Article 16 D**

#### *Alinéas 1 et 2*

Dans la mesure où le canton rémunère une partie des prestations fournies par tous les établissements figurant sur la liste, un contrôle de ce subventionnement s'avère nécessaire (cf. art. 16C). La présente disposition précise ainsi les conséquences en cas d'inexécution ou d'exécution imparfaite des obligations des établissements répertoriés.

### **Article 16 E**

La part des forfaits par cas (SwissDRG) ou journalier dévolue aux investissements sert tant à couvrir les coûts d'utilisation des immobilisations existantes (amortissements ou leasing) qu'à financer l'achat d'équipements ou la création de provisions pour des investissements futurs. Cet article vise à clarifier les devoirs des institutions qui seront financées par l'Etat dans ce domaine.

#### *Alinéa 1*

Cette disposition permet un contrôle adéquat de l'utilisation des montants concernés par une justification des dépenses.

#### *Alinéa 2*

Cet alinéa vise à éviter qu'un établissement qui a signé un mandat de prestations puisse réaliser des bénéfices sur la part du forfait dévolue aux investissements et les distribuer. En effet, l'utilisation du montant d'investissement peut-être différée par rapport à la date de la fourniture de prestations. L'établissement peut alors constituer une réserve. Cet alinéa ne permet la dissolution de la réserve (pour l'achat d'un nouveau matériel, par exemple) que dans le cadre des prestations mentionnées dans le mandat.

### *Alinéa 3*

Cet alinéa permet le contrôle des investissements lourds comme la construction de locaux en vue de fournir de nouvelles capacités ou modifier des capacités existantes. Il s'applique également à l'achat de matériel important comme certains appareils de diagnostic (IRMs) pour tout établissement dont les prestations font l'objet d'un mandat représentant une part importante de son activité globale.

### *Article 16 F*

Conformément à la législation fédérale, cette disposition précise d'une part que la rémunération des prestations selon la nouvelle structure tarifaire s'applique à tous les établissements qui ont reçu un mandat de prestations de l'Etat, et d'autre part que cette participation cantonale s'élève au minimum à 55%. A noter que le pourcentage exact de la participation étant susceptible d'évoluer chaque année, le Conseil d'Etat le fixe annuellement par voie d'arrêté.

### *Article 16 G*

Cet article permet de conclure avec des établissements un contrat concernant des prestations qui, suite à la révision de la loi fédérale, ne seront plus financées par l'assurance obligatoire des soins. Il s'agit de prestations dites « d'intérêt général », comme l'urgence et la formation universitaire, le maintien de capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale et/ou de proximité (cf. art. 49, al. 3 LAMal).

### *Article 51 Dispositions transitoires: modification du...*

Cet article permet au canton de faire face, le cas échéant, à une insuffisance de couverture des besoins en soins pendant le délai transitoire prévu par le droit fédéral (1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2014).

En effet, comme relevé précédemment, suite à l'introduction du nouveau financement hospitalier et pendant ledit délai transitoire, les acteurs concernés seront confrontés à de multiples incertitudes comme :

- celle liée à la difficulté d'élaborer une planification alors que de nombreuses variables sont encore inconnues à ce jour. Il se peut ainsi que le canton doive réévaluer ses besoins en matière de couverture de soins à court ou moyen terme ;
- celle liée au refus possible de la part des assureurs-maladie de conclure des conventions avec les établissements (régime conventionné), ce qui modifierait la détermination de l'offre.

Sachant que le canton doit garantir aux habitants du canton une couverture en soins suffisante et que les incertitudes précitées sont en lien

direct avec les capacités des établissements à couvrir lesdits besoins, cette base légale transitoire – puisque intimement liée à la période fixée par la LAMal de mise œuvre du droit fédéral (2012-2014) –, permet de prendre en considération rapidement les prestations fournies par un établissement qui n'aurait pas été retenu dans un premier temps lors de l'élaboration de la liste.

Grace à cet article, le canton est ainsi en mesure de revoir sa liste rapidement en cours d'année, afin de répondre de la manière la plus adéquate aux besoins en soins de sa population du canton.

### **Art. 2**            ***Modification à une autre loi***

La modification apportée à l'art. 28, al. 2 de la loi sur la santé, du 7 avril 2006 (K 1 03) permet de tenir compte du caractère de révision périodique de la planification hospitalière en laissant une certaine marge de manœuvre aux autorités.

### **Art. 3**            ***Entrée en vigueur***

La date d'entrée en vigueur du présent projet de loi est fixée au 1<sup>er</sup> janvier 2012 afin de coïncider avec le nouveau mode de financement prévu par le droit fédéral à compter de cette date.

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) Planification des charges financières (amortissements et intérêts) en fonction des décaissements prévus*
- 2) Planification des charges et revenus de fonctionnement découlant de la dépense nouvelle*

Loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat de Genève (D 1 05) - Dépense nouvelle  
**PLANIFICATION DES CHARGES ET REVENUS DE FONCTIONNEMENT DÉCOULANT DE LA DÉPENSE NOUVELLE**

Projet de loi modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (L 3.05)

Projet présenté par le département des affaires régionales, de l'économie et de la santé

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Résultat récurrent
<b>TOTAL des charges de fonctionnement induites</b>	24'000'000	24'000'000	24'000'000	24'000'000	24'000'000	24'000'000	24'000'000	24'000'000
Charges en personnel [30] (augmentation des charges de personnel, formation, etc.)	0	0	0	0	0	0	0	0
Dépenses générales [31] Charges en matériel et véhicule (meubler, fournitures, matériel classique et/ou spécifique, véhicule, entretien, etc.)	0	0	0	0	0	0	0	0
Charges de bâtiment (fluides (eau, énergie, combustibles), conciergerie, entretien, location, assurances, etc.)	0	0	0	0	0	0	0	0
Charges financières [32+33] Intérêts (report tableau) Amortissements (report tableau)	0	0	0	0	0	0	0	0
Charges particulières [30 à 36] Dedommagement collectivité publique (352) Provision [338] (préciser la nature)	0	0	0	0	0	0	0	0
Octroi de subvention ou de prestations [36] (subvention accordée à des tiers, prestation en nature)	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL des revenus de fonctionnement induits</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
Revenus liés à l'activité [40+41+43+45+46] (augmentation de revenus (impôts, amendements, taxes), subventions reçues, dons ou legs)	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres revenus [42] (revenus de placements, de prêts ou de participations, gain comptable, loyers)	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Retour sur investissement (pour les projets informatiques)</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>RESULTAT NET DE FONCTIONNEMENT</b> (charges - revenus - retour sur investissement)	24'000'000	24'000'000	24'000'000	24'000'000	24'000'000	24'000'000	24'000'000	24'000'000
Remarques :								
<p>Le montant de 24 millions repose sur un des scénarii de sélection des pôles d'activités présenté à la commission de la santé et qui pourrait être retenu par le Conseil d'Etat. A l'heure actuelle plusieurs données manquent pour permettre une évaluation précise du montant de l'impact financier pour l'Etat de Genève et les établissements médicaux publics et privés.</p> <p>Signature du responsable financier: </p> <p>Date : 15.3.2011</p>								

Loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat de Genève (D 1 05) - Dépense nouvelle d'investissement

## PLANIFICATION DES CHARGES FINANCIÈRES (AMORTISSEMENTS ET INTÉRÊTS) EN FONCTION DES DÉCAISSEMENTS PRÉVUS

Projet de loi modifiant la loi fédérale sur l'assurance-maladie (J 3 05)

Projet présenté par le département des affaires régionales, de l'économie et de la santé

	Durée	Taux	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
Investissement brut			0	0	0	0	0	0	0	0
- Recette d'investissement			0	0	0	0	0	0	0	0
Investissement net			0	0	0	0	0	0	0	0
Aucun			0	0	0	0	0	0	0	0
Recettes			0	0	0	0	0	0	0	0
Aucun			0	0	0	0	0	0	0	0
Recettes			0	0	0	0	0	0	0	0
Aucun			0	0	0	0	0	0	0	0
Recettes			0	0	0	0	0	0	0	0
Aucun			0	0	0	0	0	0	0	0
Recettes			0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL des charges financières</b>			0	0	0	0	0	0	0	0
Intérêts			0	0	0	0	0	0	0	0
Amortissements		2.875%	0	0	0	0	0	0	0	0
										charges financières récurrentes
										0
										0
										0

Signature du responsable financier :

Date : 4.3.2011

