

Date de dépôt : 5 septembre 2011

Rapport

de la Commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi du Conseil d'Etat modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal) (J 3 05)

Rapport de M. Jacques Béné

Mesdames et
Messieurs les députés,

La Commission de la santé, sous la présidence de M^{me} Nathalie Fontanet et M. Charles Selleger, s'est réunie à quatre reprises pour examiner ce projet de loi, à savoir les 3, 10 et 17 juin, et le 1^{er} juillet 2011.

La commission a pu bénéficier de la présence de M. Pierre-François Unger, conseiller d'Etat, DARES, M^{me} Emmanuelle Dufour-Imsand, secrétaire adjointe à la direction des affaires juridiques, DARES, M^{me} Marie Chappuis et M. Adrien Bron, secrétaires adjoints, DARES.

Les procès-verbaux ont été tenus par MM. Guy Chevalley et Jean-Luc Constant.

Qu'ils soient tous remerciés pour l'aide apportée à nos travaux.

Présentation du projet de loi par le département (voir annexe)

M. Bron explique que le projet de loi répond au nouveau mode de financement des soins hospitaliers, tel qu'imposé par la modification de la LAMal en décembre 2007. L'entrée en vigueur aura lieu au 1^{er} janvier 2012 pour l'essentiel. Il sera désormais possible de choisir librement l'établissement de soins, pour autant que celui-ci figure sur les listes cantonales. Toutefois, ceux-ci n'ont pas l'obligation d'admettre la population d'un autre canton et les assurances n'ont pas l'obligation de rembourser les différences de tarifs par rapport au canton de domicile. Pour établir ces listes,

les cantons doivent donc intégrer la dimension régionale et l'offre non subventionnée. L'économicité et la qualité sont les critères retenus pour leur constitution au niveau fédéral. Toutes les prestations hospitalières figurant sur les listes cantonales doivent bénéficier d'un cofinancement par le canton. Enfin, le financement par forfait selon les diagnostics (DRG) devient la norme. Genève la pratique depuis quelques années déjà. La planification s'établira sur des cas, et non plus sur des lits.

Le projet de loi présenté modifie donc la LaLAMal dans le sens de cette réforme. Il présente les caractéristiques suivantes :

- il ouvre la liste cantonale à des cliniques privées et prévoit de leur octroyer des mandats de prestations (hors LIAF),
- il garantit des règles identiques pour tous en s'inspirant des textes fédéraux,
- il prévoit des contrôles en matière d'investissement dans le cadre de l'activité subventionnée.

Pour figurer sur la liste, l'établissement doit répondre à un besoin, se montrer disponible à une collaboration (notamment pour les urgences et l'échange d'informations), garantir la qualité des prestations (telle que prévue par la LAMal) et disposer d'un mandat de prestations. Pour recevoir ensuite un mandat, il convient que l'établissement réponde à certains critères plus précis (voir présentation en annexe).

M. Unger ajoute que le PL vaudois a connu un échec en plénum, du fait que l'ensemble des ressources disponibles dans les établissements publics était utilisé au détriment des cliniques privées, sans délégation possible. Genève a donc envisagé que les domaines où les HUG ne pouvaient assurer l'intégralité des soins soient ouverts aux structures privées avec un subventionnement. Par ailleurs, il relève que la liberté laissée aux cantons dans la planification par le niveau fédéral, et l'ouverture aux structures privées, repose sur une volonté de diminuer le coût des primes d'assurances complémentaires par l'octroi de subventions. Toutefois, cette liberté engendre certaines inconnues, comme les flux de patients qui se rendront dans un autre canton, et vice et versa.

Une commissaire (S) demande premièrement si les cantons prendront part à la définition des règles d'application du financement par DRG. Deuxièmement, elle constate que la non-obligation d'admission de la population du canton par un hôpital extracantonal contredit l'exigence d'une planification qui tienne compte de cette offre (art. 16B, al. 2, lettre b). Troisièmement, elle relève un hiatus entre l'obligation de considérer cette offre (idem, lettre a) et le fait que l'inscription d'un hôpital sur la liste se

justifie par son caractère « indispensable » à la couverture des besoins (art. 16B, al. 4, lettre a). Quatrièmement, elle demande si les cliniques privées seront soumises à des contrats de prestation pour les mandats reçus. Cinquièmement, elle s'enquiert de l'instance chargée du réexamen de la planification hospitalière (art. 16A, al. 1). Enfin, sixièmement, la commissaire demande si le critère de formation du personnel de santé pour l'octroi de mandats de prestation permettra de combler la pénurie en ce domaine.

M. Unger répond au premier point que les règles DRG ne sont scandaleusement pas définies ; il doute que tout soit finalisé au 1^{er} janvier. Sur le deuxième point, il indique que la reconnaissance des offres extracantonales concerne avant tout ce que Genève ne fournit plus, comme les greffes de poumon à Lausanne. Effet pervers, certains cantons en profitent pour évacuer les disciplines coûteuses. Sur le quatrième point, il répond qu'il s'agit d'achats de prestations et non d'un contrat à proprement parler. Cinquième point, le réexamen se fera en collaboration avec la Commission consultative sur la planification hospitalière. Enfin, sixième point, l'octroi de prestations pourra être conditionné à la création de places de stage.

M. Bron, sur le troisième point, indique que la LAMal prévoit que la liste cantonale doit tenir compte de l'existant (extracantonale et privé) mais, pour ensuite justifier le cofinancement, la réponse à un besoin s'impose.

Une commissaire (V) demande si le Conseil d'Etat choisira le contrôle qualité imposé aux cliniques et si la planification hospitalière intègre les structures intermédiaires comme les lieux de convalescence.

M. Bron répond que la notion de qualité figure dans la LAMal mais qu'elle n'est pas définie. Chaque établissement indiquera le système de contrôle qu'il possède ; celui-ci sera examiné lors de l'appel d'offres du canton. Il répond par l'affirmative au second point.

Un commissaire (MCG) demande si une discussion au niveau fédéral existe pour garantir la prise en charge de la population dans d'autres cantons pour les prestations non fournies par Genève. Il soulève également l'éventuelle concurrence déloyale des cliniques bénéficiant d'un apport d'argent du canton, vis-à-vis de celles qui ne sont pas inscrites sur la liste.

M. Unger répond que Genève connaît une surcapacité hospitalière. Il s'agit surtout d'éviter de devoir financer toute l'activité des cliniques. Celles-ci ont été intégrées pour pouvoir leur déléguer certaines prestations. Par exemple, on compte 5500 accouchements à Genève, alors que les HUG peuvent en accueillir 4200 avec la nouvelle maternité.

Un commissaire (L) demande comment seront calculés les immobilisations et amortissements et qui les contrôlera. Il s'enquiert des avantages et inconvénients pour les cliniques privées de figurer ou non sur la liste cantonale en fonction de leur mauvaise situation financière.

M. Unger répond que les cantons, sur la base de coûts moyens, ont proposé aux assureurs de passer en trois ans de 10 à 12 % de prise en considération de l'investissement forfaitaire, qui serait payé à part égale par le canton et l'assureur. Sur le second point, il rappelle que les cliniques ne connaissent pas de problèmes financiers. Si aucune ne devait répondre à l'appel d'offres, elles n'en continueront pas moins à fournir certaines prestations.

M. Bron ajoute que les cliniques privées ont, en figurant sur la liste, la garantie d'obtenir le remboursement par l'assurance obligatoire des soins.

Une commissaire (S) demande premièrement pourquoi les mandats de prestations des cliniques ne seraient pas soumis à la LIAF (voir en annexe la note de la direction des affaires juridiques du DARES) et s'enquiert de la possibilité pour les HUG de réclamer un contrat de prestations qui n'y serait pas soumis non plus. Deuxièmement, elle s'enquiert des références pour les conditions de travail exigées des cliniques, y compris la rémunération du personnel. Troisièmement, elle évoque la possibilité d'une étanchéité de la comptabilité des cliniques quant aux activités subventionnées et du passage à une comptabilité analytique. Quatrièmement, elle souhaite des informations sur le volume et la nature des prestations mises au concours et celles assurées par les HUG, dont la Commission consultative a forcément dû discuter.

M. Bron répond, sur ce dernier point, que la nature des prestations est décrite dans la présentation de la planification sanitaire du 4 février 2011 (voir annexe). Le volume exact est encore en discussion.

La commissaire estime que l'approbation d'une planification sanitaire n'est possible que si ces données sont fournies, ce qui implique la modélisation et la visibilité des flux financiers entre les différentes structures.

M. Unger explique qu'il s'agit d'une tâche du pouvoir exécutif.

M. Bron, sur les conditions de travail, renvoie au PL. Il rappelle en outre que la LIAF prévoit des exemptions sur tout financement imposé par la législation fédérale. Les HUG ont un mandat constitutionnel et font l'objet d'un cadre légal particulier ; cet établissement a donc vocation à garantir l'accès aux soins. Sur la position de la Commission consultative, il indique que les cliniques privées ont défendu l'idée que toute prestation répondait à un besoin et que les critères définissaient une inscription automatique sur la liste. Cette interprétation n'était pas partagée par les autres acteurs.

Une commissaire (R) constate que l'intégration des cliniques privées dans la planification n'est pas urgente. Les appels d'offres portent d'ailleurs sur le long terme. Elle demande secondement si l'assuré-e peut se rendre dans les établissements extracantonaux figurant sur la liste dudit canton ou de son canton de domicile.

M. Unger explique que cette interprétation est correcte à court terme. Toutefois, des complications pourraient survenir, comme la mainmise des assureurs sur certaines cliniques privées. Sur le second point, il répond que l'assuré-e peut aller dans un hôpital inscrit sur la liste d'un autre canton, et non sur celle de Genève, mais que la différence de tarif lui incombe alors, ce qui n'est pas le cas si l'établissement figure sur la liste genevoise.

Un commissaire (MCG) constate que la collaboration transfrontalière est balbutiante et nuit donc à la finalisation de la planification pour le 1^{er} janvier 2012.

M. Unger le déplore mais indique que la France ne souhaite plus collaborer.

Un commissaire (MCG) demande, à la lecture de l'article 16C, al. 2, si le canton paie aux cliniques privées le nombre de cas prévu, même s'il est inférieur à la réalité.

M. Unger répond que seuls les cas effectifs seront payés.

Audition de l'Association des Cliniques Privées de Genève

(M. Philippe Cassegrain, président, M. Gilles Rufenacht, vice-président, et M. Nicolas Froelicher, membre du comité de l'Association des cliniques de Genève)

M. Cassegrain indique en préambule que M. Froelicher a participé aux travaux de la Commission consultative en matière de planification hospitalière, ce qui a été l'occasion pour l'association de défendre son point de vue. Certains points restent problématiques : l'art. 16C, al. 3, lettre e (la communication des recettes, dépenses et états financiers de l'établissement pour l'année de subventionnement) et lettre g (les conditions de travail), ainsi que l'article 16E, al. 3 (l'approbation du département quant aux investissements structurels). Ces trois éléments paraissent à l'auditionné contraires à l'esprit de la loi qui renforçait la concurrence, et donc la liberté de gestion. Dans la mesure où il s'agit de cofinancement, et non de subventionnement, cela devrait induire de moindres justifications.

M. Froelicher constate que la loi fédérale change le paradigme du subventionnement, introduisant l'achat et le financement de prestations (par 55 % à l'Etat et 45 % à l'AOS).

Une commissaire (L) estime que seule la deuxième partie de la lettre e doit poser problème. Elle demande si M. Cassegrain voit dans le dévoilement des « états financiers par année de subventionnement », celui des états financiers complets et, en outre, si la délégation de l'association représente celle-ci dans son entier. Enfin, elle s'enquiert de l'intérêt des cliniques privées pour l'achat de prestations.

M. Cassegrain répond positivement aux premières remarques de la commissaire.

M. Rufenacht, sur le dernier point, explique qu'il s'agit d'identifier le droit d'ingérence de l'Etat lorsqu'il achète des prestations. Il qualifie les éléments déjà soulevés de « bloquants ».

M. Froelicher ajoute que toutes les cliniques ont répondu favorablement puisque la loi fédérale impose au canton de planifier les besoins de sa population ; toute personne résidant à Genève a droit au cofinancement. Les cliniques défendent donc l'intérêt de la patientèle.

Une commissaire (S) souligne que les cliniques sont florissantes et disposent d'équipements de haute technologie. Elle ne comprend donc pas leur gêne quant au contrôle de l'argent versé par l'Etat.

M. Cassegrain indique qu'il s'agit à ses yeux de l'imposition d'une clause du besoin face aux équipements technologiques des cliniques et donc d'une atteinte à la liberté d'entreprise.

M. Froelicher rappelle que la révision de la LAMal a écarté une clause du besoin.

Une commissaire (S) demande, en conséquence, comment les cliniques imaginent le rôle de l'Etat dans la gestion de leurs équipements.

M. Cassegrain répond que, selon la loi votée par l'Assemblée Fédérale, toute la patientèle, y compris dans les cliniques privées, devrait bénéficier du cofinancement. Il comprend que Genève ne puisse cofinancer le 100 % des besoins mais estime que cet écart devrait être compensé par une certaine proportionnalité.

M. Froelicher ajoute que la part LAMal sera remboursée selon un forfait par cas. Ce remboursement ne varie pas selon que la clinique s'équipe ou non.

Un commissaire (PDC) s'enquiert des prestations qui intéressent les cliniques et demande si le nombre de cas de chirurgie ambulatoire qu'elles prennent en charge sera augmenté.

M. Cassegrain explique que des pôles d'activités ont été définis. Les établissements se sont donc proposés pour autant que leur activité y corresponde (cardiologie, obstétrique, etc.), et à certaines réserves près. Sur le second point, il constate une tendance de la médecine à privilégier ce type d'interventions, dès avant l'introduction de Tarmed. Les cliniques devront s'y adapter.

Une commissaire (S) demande premièrement pour quelles raisons les cliniques sont entrées en matière sur une activité réduite et si la répartition décrite leur paraît satisfaisante. Deuxièmement, elle constate que la division privée des HUG est comptablement séparée du reste de l'activité et s'enquiert de l'introduction d'une comptabilité séparée, ou analytique. Troisièmement, elle s'interroge sur les synergies développées avec les hôpitaux.

Quatrièmement, elle demande si une CCT existe dans les cliniques privées. Enfin, cinquième point, la commissaire souhaite connaître la position des cliniques privées face à l'alternative entre mandat et contrat de prestations.

M. Froelicher répond, sur le premier point, que les cliniques privées ont interprété la nouvelle LAMal comme garantissant un cofinancement pour l'ensemble de la patientèle, y compris pour des confédéré-e-s en cas d'inscription sur la liste. Le budget de l'Etat ne pouvant supporter l'entier de la charge, les cliniques défendent une limitation du volume de prestations. Sur la comptabilité analytique, il indique que la chose est possible.

M. Rufenacht ajoute que la participation des cliniques privées aux mandats de prestations repose entre autres sur un engagement citoyen ainsi que sur le développement d'une qualité des prestations par la garantie de leur quantité.

M. Cassegrain, sur le troisième point, répond que les synergies existent déjà (pour les urgences) et que les cliniques sont favorables à une meilleure intégration au réseau hospitalier. Il précise aussi qu'une CCT lie l'Association des cliniques privées et l'ASI, le SIT et UNIA depuis vingt ans. Enfin, sur le dernier point, il avoue que la distinction lui échappe.

M. Unger répond qu'il n'existe pas de différence juridique *stricto sensu* entre contrat et mandat. Toutefois, le contrat de prestation s'applique à des tâches étatiques déléguées ; les contrôles sont alors plus nombreux que pour un mandat.

Un commissaire (L) relève que des contrôles se justifient, dans un contexte de hausse des primes qui nuit à la confiance en le système de santé privé. Il demande par ailleurs pourquoi les cliniques genevoises s'engagent, à la différence des vaudoises.

M. Cassegrain dit comprendre la nécessité de contrôle, notamment en matière d'investissement, mais estime que les assureurs exercent déjà ce travail, ce que renforcera encore l'introduction des DRG qui permettront des comparaisons de coût. Il ajoute que le canton de Vaud avait posé des exigences trop étroites à la participation des cliniques.

Un commissaire (L) demande au département si le forfait DRG sera calculé sur une base statistique de l'ensemble des prestataires. Il s'enquiert en outre des raisons de refuser un équipement.

M. Unger précise que les prestataires seront appréciés en conglomérat homogène, les HUG imposant un coût supérieur de 20 % en raison de la formation et de la recherche. Le DRG comprendra donc le coût moyen de situation moyenne en fonction de la typologie de l'établissement. Genève achèterait donc des prestations au prix du DRG moins 20 % s'il ne comprend pas la formation et la recherche. Il souligne que le nouveau financement hospitalier voulu par les assureurs vise à faire baisser le prix des complémentaires (dont le nombre devrait donc augmenter), dont la part sera toujours versée aux prestataires, en plus de la part cantonale. Il ne voit donc pas pourquoi les cliniques évoquent un travail à perte. Sur le second point, il renvoie à l'art. 16E, al. 3 : le contrôle ne portera que sur l'activité subventionnée.

M. Froelicher indique que la valeur du point DRG dans le point sera négociée entre prestataires et assureurs qui ont déjà annoncé opérer un *benchmarking* portant sur les 25 cliniques les moins chères.

M. Unger relève que le financement des investissements par l'AOS n'a pas pu être déterminé. Les assureurs parlent de 7 à 9 %, les cantons de 10 à 12 %, étant conscients de la nécessité médicale et économique des investissements pour les établissements.

M. Rufenacht estime que le contrôle des investissements et sa gestion administrative freineront la réactivité de la clinique, pour une patientèle qui n'apportera aucun bénéfice.

M. Unger souligne que le contrôle portera uniquement sur de grands appareils, ce qui n'est pas de nature à freiner l'activité des cliniques.

Une commissaire (S), sur la formation du personnel de santé, demande comment les cliniques envisagent celle des ASSC. Elle s'interroge aussi sur la répartition des cas dans le temps.

M. Froelicher répond que la nouvelle LAMal prévoit que le DRG comprend une part dévolue à la formation, ce qui induira une base de régulation. Sur la répartition du volume de cas délégué dans le temps, il indique se poser la même question que la commissaire.

Une commissaire (S) constate que la négociation du point DRG menée par chaque clinique peut engendrer une dotation variable pour chacune. En outre, elle demande si la différence de point avec les HUG induit une compensation au niveau des salaires.

M. Cassegrain relève que cette situation est le reflet des coûts de chaque établissement.

M. Froelicher répond, sur le second point, que la dotation en personnel est plus forte en clinique et que la proportion salariale par rapport aux HUG dépend des secteurs.

La prise de position écrite de l'Association des Cliniques Privées de Genève figure en annexe.

Audition de la direction des HUG

(M. Bernard Gruson, directeur général, accompagné de Mme Brigitte Rorive Feytmans, directrice de l'analyse médico-économique)

M. Gruson rappelle que les HUG ont pris part à la Commission consultative qui a mis au point ce PL. L'avis global est positif. L'auditionné souligne cependant que les changements induits par le PL sont difficiles à estimer : un sondage d'opinion montre une faible volonté de mobilité pour obtenir des soins. Le nouveau système de rémunération présente, lui, des avantages (une plus stricte association entre coût et activité, qui permettra une comparaison ; les HUG devraient se révéler 15 % environ plus chers, du fait des charges de personnel) et des inconvénients (les prestataires de soins devraient privilégier les bons risques et des abus pourraient survenir en terme de réduction des durées de séjour inapproprié, ce qui implique la mise au point d'un indicateur).

Un commissaire (PDC) demande si les HUG craignent que les cliniques s'approprient les bons risques.

M. Gruson répond que les HUG remplissent les missions qui leur sont confiées par les autorités, mais sont rémunérés d'une façon particulière. Le contrat de prestations assure le coût de la formation, de la recherche et des missions d'intérêt général. Sur l'AOS, en revanche, le risque soulevé par le commissaire lui paraît exister, quoique les HUG disposent de garanties quant à la qualité des soins dispensés.

Une commissaire (S) demande premièrement quel sera l'impact des DRG sur les cas, notamment en termes de traitement à domicile. Deuxièmement, elle rappelle que les cliniques disposent d'une CCT mais s'enquiert de l'avis de l'auditionné quant à son application. Troisièmement, elle souhaite des précisions sur l'indicateur lié aux effets du raccourcissement des durées de séjour et son application aux cliniques. La commissaire souhaite encore entendre l'auditionné sur la notion de mandats de prestations et sur le calibrage excessif des HUG face au risque de voir la population se faire soigner ailleurs.

M. Gruson répond, sur le second point, que l'échelle du traitement du secteur public est plus coûteuse. Sur le premier point, il souligne que la mobilité sera probablement limitée dans les trois ans et que les HUG assument déjà les 70 % de la demande en soins, contre 30 % aux cliniques privées dans six spécialités. La répartition des cas entre réseau de soins et hôpital ne devrait guère changer non plus, au vu de l'expérience genevoise quant à la facturation DRG. Concernant l'indicateur, il constate que l'argent public justifie la mise au point et la communication d'informations ; l'ensemble des acteurs devrait donc y prendre part. La notion de « mandat de prestation » se révèle plus claire dans le cas de délégation d'une tâche étatique à un organisme privé contre rémunération. Enfin, sur le calibrage, l'auditionné répond que l'idéal consisterait à réunir les activités des HUG et du CHUV, ce qui est politiquement impossible à réaliser.

Une commissaire (S) demande si le passage aux Swiss DRG sera aisé pour les HUG. Elle s'enquiert aussi de la non-obligation d'admettre la patientèle extracantonale. Elle relève par ailleurs l'inégalité induite par le plus faible contrôle inhérent au mandat de prestations, par rapport au contrat de prestations. Enfin, sur le calibrage, elle s'interroge sur la dimension régionale et la future construction d'un hôpital français dans la région.

M. Gruson répond que l'adaptation administrative ne poserait pas problème mais que la version française des Swiss DRG n'est toujours pas disponible. Sur le bassin régional, il indique que tout hôpital traque les cas : les hôpitaux français locaux ne réfèrent plus de cas aux HUG. Ceux-ci ne peuvent donc miser que sur les frontalières et frontaliers et leur famille. Sur la non-obligation d'admission, l'auditionné souligne que la population extracantonale ne représente que 6 % de la patientèle HUG. Enfin, il relève que le contrat de prestations est soumis à la LIAF ; la division privée des HUG espère donc obtenir un mandat de prestations.

Une commissaire (S) demande si certaines disciplines ne pourront pas être admises dans le privé aux HUG. Deuxièmement, elle s'enquiert d'une

diminution des temps d'attente en orthopédie, induite par le nouveau système.

M. Gruson répond que le privé sera financé par l'assurance complémentaire. Les HUG répondront à l'appel d'offres pour les prestations déléguées, de manière à bénéficier du cofinancement. En l'absence de mandats, il n'y aura simplement aucun subventionnement. Sur le second point, il répond que l'objectif est de ne plus avoir de liste d'attente en orthopédie avant la fin de l'année ; mais qu'il n'en existe pas entre juin et septembre.

Un commissaire (R) constate que l'art. 16C, al. 1, induit la création de mandats de prestations. La formulation du PL pose problème vis-à-vis du contrat de prestations des HUG.

M. Gruson explique que le contrat est soumis à la LIAF et couvre la formation, les missions d'intérêt général et les cas traités non AOS. La nature des activités des HUG ne peut qu'être soumise à la LIAF.

Une commissaire (S), dans l'hypothèse où les cliniques auraient épuisé leur quota de cas en cours d'année, s'enquiert de la régulation des divergences de flux.

M. Gruson indique que le service public n'a pas le choix : il doit répondre aux besoins. Il estime que les cliniques ne seront pas si désireuses d'obtenir de gros volumes de cas. Toutes ne voudront d'ailleurs pas obtenir de mandats de prestations.

Discussion de la commission

Une commissaire (L) s'interroge sur l'affectation de la patientèle auprès d'une clinique qui relèvera du choix de celle-là. Elle constate que l'Etat financera un particulier qui décidera d'être soigné dans le privé parce qu'une part de cofinancement lui sera versée par le canton.

M. Unger répond que la patientèle dispose effectivement d'un choix, limité, parce que l'option du « débordement » aurait posé le problème des bons et mauvais risques. Genève a imposé que les cliniques prennent au moins 50 % de cas dits de troisième classe, soit de personnes sans complémentaire. Ce quota figurera dans l'appel d'offres.

Une commissaire (S) demande si l'article 16B, al. 4, lettre b, permet un contrôle des investissements des cliniques privées. Elle s'enquiert en outre de la situation où les cliniques auraient épuisé leurs quotas en cours d'année. Par ailleurs, elle constate que les cliniques ne se voient imposer aucune exigence

en termes d'indicateur. Enfin, elle souhaite des précisions sur les prestations d'intérêt général imputables à des cliniques (art. 16G).

M. Unger, sur le premier point, répond que l'engagement à créer des synergies n'est pas prévu pour un contrôle ; il s'agit d'une déclaration d'intention. Un outil qualité est par contre obligatoire (art. 16C, lettre i) ; les taux de réadmission en feront nécessairement partie. Les indicateurs auxquels sont soumis les HUG ne seront pas tous appliqués aux cliniques, dans la mesure où certains dépendent du contrat soumis à la LIAF et que le volume de cas n'est pas comparable. Par ailleurs, il indique que si les cliniques ont épuisé leur quota, la patientèle se rendra à l'hôpital ; un dialogue s'impose entre les établissements. Enfin, sur les prestations d'intérêt général, M. Unger indique que cela renvoie avant tout à la formation.

Un commissaire (MCG) constate qu'un ou une assuré-e disposant d'une complémentaire reçoit une participation de l'AOS et de la complémentaire. En 2012, la part de cette dernière diminue, au détriment du canton. Il demande si la part de celui-ci, de 55 %, porte sur la facture globale ou sur ce qui excède la part de l'AOS. Il s'interroge en outre sur la répartition de la facturation DRG entre les différents intervenants.

M. Unger répond que les 55 % portent sur le DRG sans complémentaire. Le DRG étant un forfait par cas, les modalités de facturation dépendront de la négociation avec les assureurs.

Un commissaire (R) s'interroge sur le maintien par les cliniques de leurs prestations hôtelières pour l'ensemble de leur clientèle ou de la création de différences selon le statut des assuré-e-s.

Un commissaire (PDC) relève que les cliniques disposent de certaines niches face aux HUG.

Un commissaire (PDC) constate d'abord que l'introduction de Tarmed a entraîné la suppression de l'ambulatoire chirurgical des cliniques ; il demande si leur retour figurera dans l'appel d'offres. Ensuite, il s'interroge sur l'intérêt d'une communauté tarifaire.

M. Unger indique que l'appel d'offres ne comprendra pas la chirurgie ambulatoire, dans la mesure où ce ne sont pas les cliniques qui refusent de la pratiquer, mais les spécialistes mêmes. Il s'agit de rapport entre des acteurs économiques privés. Par ailleurs, il estime que la communauté tarifaire est une perspective possible puisque rares devraient être les cliniques qui se lanceront dans les mêmes pôles d'activité.

Une commissaire (S) s'enquiert de la situation des règles d'application des DRG ; de l'avis du Département sur les transferts éventuels des hôpitaux vers les soins à domicile ; de la disparition de certains soins aux HUG suite

aux mandats de prestations des cliniques ; de la détermination du taux de 55% de participation cantonale ainsi que de son évolution dans le temps et entre prestataires ; du calcul et de la destination des 24 millions évoqués dans la présentation du PL ; des délais et suites de l'acceptation du PL 10832 et du RD 875; enfin de la nature des 150 millions évoqués en cas de liste hospitalière non finalisée.

M. Unger répond que les règles d'application DRG n'ont pas évolué puisque la traduction manque ; qu'il ne partage pas l'opinion de M. Gruson quant à la rareté des transferts ; que l'admission obligatoire par les HUG de tout cas empêche la possibilité évoquée par la commissaire ; que le taux de 55 % a été fixé par arrêté pour 2012 par le Conseil d'Etat, qu'il est unique pour tout le canton, et qu'une fluctuation de 1 à 2 % sera tolérée ; que les 24 millions ont été calculés sur la base du pourcentage de couverture de soins manquants et qui sont présumés entrer dans les mandats offerts ; que le PL ne règle que le financement hospitalier devant tenir compte de l'offre privée – or, les attributions consécutives à l'appel d'offre reposeront sur le cadre légal, bien différent selon que le PL a été ou non adopté ; en l'absence de PL, la loi fédérale permettra peut-être d'établir une liste sans loi cantonale, définie par les seuls critères de qualité et d'économicité – ; que le RD ne donne que des orientations, que pourraient compléter des motions éventuelles ; enfin que les 150 millions évoqués sont constitués du cofinancement induit par l'absence d'une nouvelle liste au 1^{er} janvier 2012, qui obligerait à subventionner tous les établissements y figurant pour l'heure.

Une discussion s'engage sur la suite des travaux sur le présent projet de loi et le RD 875. Des demandes d'auditions sont demandées et refusées par la majorité de la commission.

M. Bron insiste sur la nécessité d'adopter rapidement le PL pour fixer les critères d'octroi des mandats et constituer une liste hospitalière. Il rappelle, concernant la communauté tarifaire, que Tarmed n'est pas subventionné ; le système DRG est bien différent et l'Etat trouvera son compte à une certaine concurrence. Il souligne en outre les positions variées des assureurs.

Il explique que les points problématiques du RD pourront être abordés durant le travail sur les contrats de prestations. Le RD peut être adopté après l'été, mais non au-delà de septembre 2011, sous peine de perturber le calendrier des contrats de prestations entrant en vigueur en 2012.

M. Bron précise que le financement hospitalier entrant en vigueur en 2012 oblige à la reconstitution de la liste et du bouclement urgent des contrats de prestations.

Une commissaire (S) s'enquiert auprès du département de mandats supplémentaires ou de l'absorption du flux de patientèle par les HUG, une fois remplis les volumes dévolus aux cliniques en cours d'année. Par ailleurs, constatant que les HUG font de l'interprétation d'imagerie médicale pour les cliniques, elle demande si les cliniques pourraient acheter des prestations aux HUG. Finalement, elle souhaite savoir si les mandats de prestations seront soumis à l'approbation du Grand Conseil.

M. Bron explique que des variations du volume d'activité sont prévues, mais renvoient à la nature du nouveau financement des soins hospitaliers plus qu'à celle des mandats. Le département estime que la situation ne devrait toutefois guère changer et a défini qu'un mandat comprendrait l'obligation d'accueillir 50 % de cas AOS. Seule réserve, un report pourrait être observé sur les HUG, du fait de la difficulté de conclure certaines conventions de remboursement entre les assureurs et le secteur privé, hors liste cantonale.

M. Unger ajoute que la liste est mobile, en cas de surcharge. Sur le deuxième point, il renvoie à l'art. 16B, al. 4, lettre b et juge réciproques ces échanges concernant l'imagerie. Sur le dernier point, il répond que le Grand Conseil n'a pas à se prononcer puisque les mandats ne sont pas soumis à la LIAF. (voir en annexe la note de la direction des affaires juridiques du DARES)

Le Président met au vote l'entrée en matière sur le PL 10832.

Vote d'entrée en matière sur le PL 10581

Pour : 12 (1 S, 2 Ve, 1 DC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 2 MCG)

Contre : –

Abstention : –

L'entrée en matière est acceptée à l'unanimité

Deuxième débat

Titre et préambule : pas d'opposition – ADOPTE

Article 16A Planification (nouveau)

Un commissaire (R) demande l'introduction d'un nouvel alinéa, après l'alinéa 1, soit : « *Le mode de financement hospitalier place les hôpitaux publics et privés sur un pied d'égalité.* » Les différences dans le mode de

rémunération entre hôpitaux public et privé n'existeront plus. Dans la mesure où ceci fonde la réforme de la LAMal, il importait de relayer ce principe et de mettre dos à dos chacun des deux types de structure.

Une commissaire (Ve) relève que les missions des structures publiques et privées diffèrent fortement, trop pour obtenir le soutien du groupe Vert à cet amendement.

Le commissaire (R) relève que la facturation des prestations hospitalières à charge de l'AOS est désormais régie par les mêmes règles dans les deux types de structure, comme le sera la détermination du point DRG. Il ne s'agit toutefois pas de poser que le prix d'une prestation doit être identique partout.

M. Unger indique que « Travailler sur un pied d'égalité » dans le canton de Genève ne lui paraît pas possible, dans la mesure où le canton ne dispose que d'un seul hôpital public, universitaire, régi par une loi spécifique. Il rejoint la préoccupation du commissaire (R) mais propose plutôt d'amender l'article 16A, al. 1 comme suit : « *La planification hospitalière cantonale [...] du canton, indépendamment de leur couverture d'assurance en la matière. Elle est réexaminée régulièrement.* » ; ainsi que d'un article 16B, al. 2 (nouveau) : « *Tout établissement hospitalier, qu'il soit public ou privé, y compris les maisons de naissance, remplissant les exigences posées par l'art. 39, al. 1, lettre a à c, LAMal, est susceptible d'être pris en considération lors de l'établissement de la liste hospitalière.* »

Un commissaire (UDC) demande si les cliniques privées seront obligées de soigner une patientèle sans assurance privée.

M. Unger répond que la notion d'équité l'impose dans le cas d'un mandat.

Le commissaire (R) précise que sa proposition ne visait pas à évacuer les missions d'intérêt général des HUG. Il estime que la proposition de M. Unger répond à sa demande. Et retire sa proposition d'amendement. Il propose toutefois que le titre de l'article 16A soit modifié en « **Principes (nouveau)** » au lieu de « *Planification (nouveau)* »

La Commission approuve cet amendement sur le titre de l'article 16A à l'unanimité (1 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 2 MCG).

La Commission approuve à l'unanimité cet article 16A amendé (1 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 2 MCG).

Article 16B Liste hospitalière (nouveau)

La Commission approuve à l'unanimité l'al.1

M. Unger souhaite introduire un al. 2 (nouveau), tel qu'il l'a formulé ci-avant soit : « *Tout établissement hospitalier, qu'il soit public ou privé, y compris les maisons de naissance, remplissant les exigences posées par l'art. 39, al. 1, lettre a à c, LAMal, est susceptible d'être pris en considération lors de l'établissement de la liste hospitalière.* », qui vise à stipuler que l'ensemble des assuré-e-s est pris en compte dans la planification. L'alinéa 2 actuel deviendrait donc alinéa 3 (etc.).

Le Président met au vote l'amendement du Département sur la création d'un al. 2 (nouveau).

La Commission approuve à l'unanimité l'al. 2 (1 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 2 MCG).

Une commissaire (Ve) demande si l'al. 2 devenu al. 3 règle la prise en charge de prestations en zone frontrière, en l'absence de convention idoine.

M. Unger rappelle que les urgences sont réservées. L'alinéa renvoie à la promesse de la Confédération quant à la future renégociation avec la France de la possibilité d'essais pilotes. Le cadre légal doit par ailleurs prévoir d'ores et déjà le futur projet d'agglomération.

La Commission approuve à l'unanimité l'al. 2 devenu al. 3.

Une commissaire (S) s'interroge sur le caractère public de la liste. Son groupe souhaite que cela soit précisé dans la loi, par exemple par une parution dans la FAO.

M. Bron indique que la liste sera publique puisque des mandats ont été octroyés. Une diffusion sera assurée.

M. Unger suggère, en ce sens, de modifier l'al. 3 devenu al. 4 : « *La liste doit être rendue publique. Elle mentionne [...].* »

La Commission approuve à l'unanimité cet amendement et l'al. 3 devenu al. 4 dans son ensemble.

La Commission approuve à l'unanimité l'al. 4 devenu al. 5

La Commission approuve à l'unanimité l'art 16B dans son ensemble.

Article 16C Mandats de prestations (nouveau)

La Commission approuve à l'unanimité l'al. 1, l'al. 2, et l'al. 3, lettres a, b, c et d.

Un commissaire (L) suggère la modification suivante à l'al 3, lettre e : « **fournir, annuellement, pour la part définie par le mandat de prestations, un décompte détaillé des recettes et dépenses d'exploitation et les états financiers y relatifs ;** »

Une commissaire (S) souhaite qu'une comptabilité analytique soit mentionnée.

Un commissaire (R) précise que l'amendement visait à clarifier le calendrier et élire la part d'activité relative au mandat de prestations.

Un commissaire (L) estime que le type de comptabilité doit être laissé au libre choix de l'établissement devant fournir le détail de ses comptes.

Une commissaire (S) propose un amendement à la lettre e : « **tenir une comptabilité séparée pour l'activité subventionnée et fournir les comptes détaillés sur la base d'une comptabilité analytique ;** ». Elle précise que cette proposition vise à soutenir la discussion future sur l'art. 16E, al. 3, réputé disproportionné, et établir une équité entre l'hôpital, dont l'activité privée fait l'objet d'une comptabilité séparée. Cet amendement veut aussi s'assurer d'une utilisation de la subvention pour des activités AOS ; elle rappelle que les assureurs posent cette exigence de comptabilité analytique.

Un commissaire (L) évoque la possibilité que le règlement à venir clarifiera le détail demandé.

Un commissaire (R) constate que la situation des comptabilités est très disparate et, pour aller dans le sens du groupe socialiste, imagine une modification de l'amendement: « **fournir annuellement, pour la part définie par le mandat de prestations, et conformément aux exigences des organismes financeurs, un décompte [...] ;** ».

Un commissaire (PDC) rappelle que les forfaits par cas seront ventilés et estime que l'exigence de comptabilité analytique n'apportera pas beaucoup d'éléments d'appréciation.

Une commissaire (S) relève que toute structure en lien avec les assureurs doit disposer d'une comptabilité analytique. L'Etat aurait intérêt à poser cette exigence pour s'éviter le travail d'analyse. La logique des DRG centralise les frais relatifs à un cas. Au minimum, une comptabilité séparée lui paraît nécessaire pour un contrôle des subventions.

Une commissaire (Ve) demande quelle comptabilité est exigée des autres structures faisant l'objet d'un contrat de prestations.

M. Unger indique en préambule qu'un « décompte détaillé » tel que stipulé donnera les renseignements voulus. A la commissaire, il répond

qu'aucune association subventionnée ne fournit de comptabilité analytique ; toutes livrent leurs comptes.

Un commissaire (R) rappelle que le forfait par cas est construit sur la base du coût moyen des hôpitaux, ceux-ci devront donc, à terme, tenir une comptabilité homogène.

Une commissaire (Ve) indique que le groupe vert soutiendra l'amendement du PLR repris par le département. Par ailleurs, elle demande si une prestation en hôpital privé ou public sera facturée au même prix final.

M. Unger répond que le prix sera le même, sous réserve d'un supplément DRG accordé, ou non, aux aspects de recherche et de formation du personnel.

Une commissaire (S) donne lecture de la loi fédérale : « Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, tous les hôpitaux suisses ont l'obligation de tenir une comptabilité analytique par centres de charges et de communiquer leurs résultats à l'Office fédéral de la statistique. » Ceci a permis l'établissement des DRG.

Un commissaire (L) s'enquiert du nombre d'hôpitaux qui satisfont aux exigences de la LAMal et à quelle date les HUG sont passés en comptabilité analytique.

M. Unger explique qu'à son arrivée en 2001, les HUG n'en disposaient pas. Ils ont bouclé leur premier exercice sous cette forme en 2004, autour de la logique des services. 40 hôpitaux sur 320 sont capables de fournir des indications pour le calcul des DRG.

Un commissaire (L) rappelle qu'une comptabilité analytique n'est qu'un outil d'aide à la décision. Un « décompte détaillé » lui paraît livrer davantage d'informations qu'une comptabilité analytique.

Une commissaire (S) demande pourquoi la division privée des HUG a adopté une comptabilité analytique.

M. Unger explique que la division privée des HUG était autrefois subventionnée.

Un commissaire (MCG) rappelle qu'il avait demandé à M. Gruson, voici un an, de livrer les comptes de la division privée des HUG, ce qu'il a refusé. La différence de quelques millions de francs entre les recettes et les versements aux médecins lui avait été expliquée par le département par le secret et la part des associations. Il se réjouit qu'un détail soit désormais demandé.

Le Président met au vote l'amendement socialiste.

Pour : 2 (2 S)
Contre : 10 (2 PDC, 2, R, 3 L, 1 UDC, 2 MCG)
Abstentions : 2 (2 Ve)

La Commission refuse cet amendement.

Le Président met au vote l'amendement PLR, tel que reformulé.

Pour : 11 (2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 1 MCG)
Contre : 0
Abstentions : 3 (2 S, 1 MCG)

La Commission approuve l'al. 3, lettre e, ainsi amendée.

Un commissaire (PDC) s'enquiert de l'adéquation du propos aux maisons de naissance.

M. Unger insiste sur la notion de planification des besoins : les maisons de naissance sont bien obligées de fonctionner en dehors des heures de bureau.

La Commission approuve à l'unanimité l'al. 3, lettre f.

Un commissaire (L) note l'avancée des cliniques privées entre leur audition et leur prise de position écrite où elles affirment accepter l'exigence de la lettre g.

La Commission approuve à l'unanimité l'al. 3, lettre g, h, i.

Un commissaire (L) souhaiterait mentionner le taux de réadmission dans la qualité.

M. Unger souligne que la réadmission est extrêmement pénalisante dans le calcul DRG.

Le président met au vote l'ensemble de l'article 16C tel qu'amendé.

Pour : 12 (2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 2 MCG)
Contre : 0
Abstentions : 2 (2 S)

L'article 16C dans son ensemble, ainsi amendé, est approuvé.

Article 16D Contrôles et sanctions (nouveau) - ADOPTE

Article 16E Coûts d'utilisation des immobilisations et investissements (nouveau)

La Commission approuve à l'unanimité les al. 1 et 2.

Un commissaire (L) constate que l'exposé des motifs (p. 19) indique que l'alinéa permet le « contrôle des investissements lourds » et l'achat de certains matériels. Le département doit donc valider ou non ces investissements et n'a pas introduit pour cela la clause du besoin. En conséquence, et pour respecter l'esprit du PL, son groupe suggère donc de biffer l'al. 3. En cas de refus de la commission, il propose l'amendement suivant : « *Tout investissement structurel et/ou lié à l'acquisition de grands appareils, projeté et qui est en rapport avec l'activité ~~subventionnée~~ définie par les mandats de prestations, doit préalablement faire l'objet d'un rapport soumis au département chargé de la santé pour approbation de la prise en compte de cet investissement dans le calcul du coût de la prestation.* »

Une commissaire (S) dit comprendre la préoccupation, mais estime que l'alinéa est redondant par rapport à l'art. 16B, al. 5 (anc. 4), lettre b qui mentionne la synergie entre hôpitaux. Il convient d'insister sur la dynamique cantonale. Son groupe propose donc l'amendement suivant : « *Tout investissement structurel et/ou lié à l'acquisition d'appareils de pointe doit se faire conformément à l'article 16B al. 4, lettre b. Le Département peut demander, lors du contrôle des comptes, une justification des acquisitions à l'entité prestataire.* »

Une commissaire (Ve) souhaite éviter une surenchère d'appareils techniques et rejoint cette position : la loi doit permettre le contrôle d'une dynamique cantonale.

Un commissaire (MCG) indique que le MCG soutiendra le second amendement PLR. L'Etat lui paraît pouvoir se prononcer sur la répercussion de la dépense sur l'activité subventionnée.

Un commissaire (L) demande au groupe Socialiste si sont concernées par son amendement toutes acquisitions de matériel par une clinique privée ou les acquisitions liées au mandat.

Une commissaire (S) confirme qu'il s'agissait des acquisitions liées au mandat de prestations. Le second amendement PLR ne lui paraît pas différer du texte de base, et même demander davantage de détails.

Un commissaire (UDC) s'enquiert d'une crainte de l'Etat quant à un meilleur équipement des cliniques par rapport aux HUG ; il rappelle que la concurrence était l'esprit de cette loi.

Un commissaire (PDC), sur l'amendement PLR, rappelle que le forfait DRG est un benchmark entre les différentes structures. Il constate en outre avec perplexité que la formulation induit pour les HUG la même exigence de contrôle des appareils.

Un commissaire (R) indique que, afin d'éviter de biaiser le calcul DRG, il importe d'être clair quant à l'impossibilité pour la clinique d'introduire dans sa comptabilité liée aux mandats une partie d'un investissement non validé par le Département.

M. Unger estime impossible de supprimer l'alinéa dans son ensemble. Le contrôle se limitera à l'activité subventionnée et ne se fondera pas sur la clause du besoin. L'absence de définition claire de la prise en compte des investissements dans le calcul DRG conduit à limiter leur impact dans le coût de la prestation mandatée. Il soutient le second amendement PLR. Enfin, l'amendement socialiste allège la forme à son sens, mais trop tardivement dans le processus puisque l'achat a eu lieu.

Le Président met au vote la suppression de l'alinéa 3 (premier amendement PLR).

Pour :	5 (1 R, 3 L, 1 UDC)
<u>Contre</u> :	9 (2 S, 2 Ve, 2 PDC, 1 R, 2 MCG)
Abstention :	0

Cette proposition est refusée.

Le Président met au vote l'amendement socialiste.

Pour : 2 (2 S)
Contre : 9 (1 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 2 MCG)
Abstention : 3 (2 Ve, 1 DC)

Cet amendement est refusé.

Le Président met au vote le second amendement PLR.

Pour : 10 (2 Ve, 1 PDC, 2 R, 3 L, 2 MCG)
Contre : 0
Abstentions : 4 (2 S, 1 PDC, 1 UDC)

Cet amendement est accepté.

Le Président met au vote l'article 16E, tel qu'amendé.

Pour : 12 (2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 2 MCG)
Contre : 0
Abstentions : 2 (2 S)

La Commission approuve l'article 16E ainsi amendé.

Article 16F Prise en charge des coûts (nouveau) - ADOPTE

Article 16G Prestations d'intérêt général (nouveau) - ADOPTE

Article 16H (nouveau)

Une commissaire (S) propose un amendement socialiste visant la création d'un article 16H : « *La planification hospitalière fait l'objet d'une évaluation tous les quatre ans. Une évaluation intermédiaire est cependant effectuée une première fois, deux ans après l'entrée en vigueur de la présente loi. Elle porte notamment sur la pertinence du modèle adopté (mandats de prestation), sur les flux entre les entités hospitalières dans et hors du canton, sur l'adéquation entre les besoins et la répartition des activités, les réadmissions, ainsi que sur les coûts.* ». Cet article, face à un nouveau modèle de délégation de prestations, non soumis au Grand Conseil,

qui présente de grandes inconnues pour le département, offre une marge d'évaluation constructive.

Une commissaire (Ve) soutient l'inscription des contrôles dans les diverses lois puisque, actuellement, une seule loi les garantit.

M. Unger rappelle que la Loi sur la santé, art. 28, comprend le principe de l'évaluation, qu'il soutient à titre personnel, mais il estime que les répétitions induisent une perte en densité normative. Il invite également le groupe socialiste à renoncer à sa reformulation annoncée de l'art. 28, al. 2, qui donne moins de force à l'action du Grand Conseil.

La commissaire (S) constate que l'art. 28 ne prévoit pas d'évaluation, si ce n'est « de la santé de la population », point qui lui paraît fondamentalement nécessaire.

Le Président met au vote l'amendement socialiste visant la création d'un article 16H.

Pour :	4 (2 S, 2 Ve)
<u>Contre</u> :	8 (2 PDC, 3 L, 1 UDC, 2 MCG)
Abstention :	2 (2 R)

La Commission refuse la création d'un article 16H.

Article 51 Dispositions transitoires (al.5 et 6 nouveaux) – ADOPTE

Article 28, al. 2 (nouvelle teneur)

Une commissaire (S) observe qu'un processus d'évaluation doit précéder, pour l'améliorer, une planification sanitaire. Le groupe Socialiste propose donc l'amendement suivant :

- al. 2 (nouveau) : « **La planification sanitaire cantonale est évaluée tous les quatre ans.** »
- al. 3, nouvelle teneur (actuellement 2) : « **Le Conseil d'Etat ~~présente au Grand Conseil, en principe tous les 4 ans,~~ procède à l'évaluation de la ~~une~~ planification sanitaire cantonale tous les 4 ans. Sur cette base, il présente au Grand Conseil une planification sanitaire cantonale comportant notamment les objectifs [...].** »
- al. 4 (actuellement 3) et al. 5 (actuellement 4) : inchangés

La Commission approuve à l'unanimité cet article 28, al.2 et 3 ainsi amendé.

Un commissaire (PDC) constate que les HUG ne sont pas exclus du PL, et donc désormais concernés par un mandat de prestations.

M. Unger explique que ce n'est pas le cas, à moins de changer la loi sur les hôpitaux et la LIAF. Le PL concerne uniquement la part AOS de la division privée des HUG.

Un commissaire (S) observe que les HUG figureront sur la liste hospitalière qui comprend des établissements liés par des mandats de prestations (art. 16C, al. 1).

Un commissaire (R) voit aussi une ambiguïté à la lecture stricte du PL pour la division commune.

Un commissaire (L) suggère que le département étudie cette question et dépose un amendement lors de l'examen du PL par le Grand Conseil, s'il conclut dans l'intervalle que cela est nécessaire.

Un commissaire (S) demande que le département transmette une synthèse sur l'inadéquation d'un contrat de prestations avec la loi fédérale.

Vote final

<u>Pour</u> :	12 (2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC, 2 MCG)
Contre :	0
Abstentions :	2 (2 S)

La Commission approuve le PL 10832 tel qu'amendé.

Conclusions

La commission s'est penchée sur ce projet de loi avec beaucoup de sérieux, même si les délais pour son traitement étaient restreints, ce que la commission a regretté. Le nouveau mode de financement qui entrera en vigueur en 2012 implique des changements considérables. Difficile aujourd'hui d'en déceler toutes les conséquences. Elles devront donc être analysées et amener le cas échéant des ajustements. Pour que cette mise en place soit sereine, le leitmotiv devra être « transparence ». Tant du côté des cliniques privées que des HUG. Nous resterons particulièrement attentifs sur l'utilisation des subventions, leurs affectations et le suivi des

mandats/contrats de prestations. La transparence est la condition impérative de ce processus. Tous les partenaires devront jouer le jeu. Nous y veillerons.

Au bénéfice de ces explications, la Commission de la santé vous recommande, Mesdames et Messieurs les députés, d'accepter ce projet de loi tel qu'il vous est présenté.

Catégorie de débat : extraits

Projet de loi (10832)

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 IVA Planification et financement des établissements hospitaliers (nouveau)

Art. 16A Principes (nouveau)

¹ La planification hospitalière cantonale vise à couvrir les besoins en soins hospitaliers des habitants du canton, indépendamment de leur couverture d'assurance en la matière. Elle est réexaminée régulièrement.

² 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.

³ 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)

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

² Tout établissement hospitalier, qu'il soit public ou privé, y compris les maisons de naissance, remplissant les exigences posées par l'art. 39, al. 1, lettre a à c, LAMal, est susceptible d'être pris en considération lors de l'établissement de la liste hospitalière.

³ 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.

⁴ La liste doit être rendue publique. Elle mentionne pour chaque établissement l'éventail de prestations pour lequel il est mandaté.

⁵ 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)

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

² 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.

³ 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, annuellement, pour la part définie par le mandat de prestations, et conformément aux exigences des organismes financeurs, un décompte détaillé des recettes et dépenses d'exploitation et les états financiers y relatifs ;
- 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)

¹ 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.

² 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)

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

² 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.

³ Tout investissement structurel et/ou lié à l'acquisition de grands appareils, projeté et qui est en rapport avec l'activité définie par les mandats de prestations, doit préalablement faire l'objet d'un rapport soumis au département chargé de la santé pour approbation de la prise en compte de cet investissement dans le calcul du coût de la prestation.

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

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

² 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)

¹ 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.

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

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

Modification du

⁵ 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.

⁶ 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 (nouveau, les al. 2 à 4 anciens devenant les al. 3 à 5) et al. 3 (nouvelle teneur)

² La planification sanitaire cantonale est évaluée tous les quatre ans.

³ Le Conseil d'Etat procède à l'évaluation de la planification sanitaire cantonale tous les 4 ans. Sur cette base, il présente au Grand Conseil 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^{er} janvier 2012.

PL 10832 modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (J 3 05)

-

Nouveau financement hospitalier

Commission de la santé

3 juin 2011



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENÈVE

1001 TERNANOS LEX

Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé

14.06.2011

Page 1

Un cadre légal fédéral

- Obligation de planification du domaine stationnaire dans la LAMal
- Modifications de la loi fédérale de l'assurance maladie dans le domaine hospitalier adoptée le 21 décembre 2007
- Impact dès le 1^{er} janvier 2012
- Les cantons ont jusqu'au 1^{er} janvier 2015 pour satisfaire aux nouvelles exigences de loi



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENÈVE

1001 TERNANOS LEX

Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé

14.06.2011

Page 2

Ce qui change au niveau fédéral

- Libre choix de l'établissement
- Prise en compte des cliniques privées dans la planification (art. 58a OAMal ss)
- Critères d'établissement des listes (économicité et qualité)
- Financement cantonal de toutes les prestations de la liste hospitalière (obligatoirement remboursées par la LAMal)
- Financement par forfait selon les diagnostics (DRG)
- Planification des cas pour les soins aigus



Caractéristiques du PL 10832

- Ouvert à l'octroi de mandats à des cliniques privées
- Garantit des règles identiques pour tous
- Conforme à législation fédérale
- Donne une grande importance aux mandats de prestations
- Prévoit des contrôles en matière d'investissements et de comptes dans le cadre de l'activité subventionnée
- Les mandats restent hors LIAF



La structure du PL 10832

- Art. 16A Planification
- Art. 16B Liste hospitalière
- Art. 16C Mandats de prestations
- Art. 16D Contrôles et sanctions
- Art. 16E Coûts d'utilisation des immobilisations et investissements
- Art. 16F Prise en charge des coûts
- Art. 16G Prestations d'intérêt général
- Art. 51 Dispositions transitoires



Les critères pour figurer sur la liste

- a) être reconnu comme indispensable à la couverture des besoins des habitants du canton;
- b) s'engager à développer et à exploiter des synergies entre hôpitaux;
- c) garantir la qualité des prestations;
- d) assurer le caractère économique et l'efficacité des prestations;
- e) assurer la sécurité des patients;
- f) conclure avec l'Etat un mandat de prestations.



Les critères pour recevoir un mandat

- 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 de son activité médicale;
- e) fournir un décompte détaillé des recettes et dépenses d'exploitation liées à l'activité subventionnée;
- f) disposer d'un service d'urgence et/ou d'une permanence médicale 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;
- h) former du personnel de santé;
- i) disposer d'un outil de surveillance de la qualité.



PL 10832 modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (J 3 05)

-

Nouveau financement hospitalier

Commission de la santé

3 juin 2011



Les principes de la planification hospitalière 2012- 2015

Commission de la santé
Commission de contrôle de gestion

4 février 2011



Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé

04/02/11 - Page 1

Programme

1. La loi cantonale sur la santé
2. Le cadre légal fédéral
3. Les enjeux
4. La planification hospitalière
 - Scénarios
 - Données
 - Méthode
 - Résultats statistiques
5. Prochaines étapes



Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé

04/02/11 - Page 2

1. La loi sur la santé (article 28 et suivants)

Chapitre IV Planification sanitaire

Art. 28 Principe

1 Sur la base d'une évaluation de la santé de la population, la planification sanitaire cantonale a pour buts de déterminer les besoins en soins compte tenu de l'évolution démographique, de définir les moyens de les satisfaire de la façon la plus rationnelle et la plus économique et de garantir des soins appropriés de qualité.



1. A quoi sert la planification sanitaire?

- La planification sanitaire cantonale a pour buts
 - de déterminer les besoins en soins
 - de définir les moyens de les satisfaire de la façon la plus rationnelle et la plus économique
 - de garantir des soins appropriés de qualité.
- Elle comprend :
 - le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention ;
 - le plan cantonal d'accès aux soins
- La **planification hospitalière** s'inscrit dans le cadre du plan cantonal d'accès au soins



2. Un nouveau cadre légal fédéral

- Obligation de planification du domaine stationnaire dans la LAMal
- Les modifications de la loi fédérale de l'assurance maladie dans le domaine hospitalier ont été adoptées le 21 décembre 2007 par les Chambres fédérales
- Elle déploiera ses effets au 1^{er} janvier 2012
- Les cantons ont jusqu'au 1^{er} janvier 2015 pour satisfaire aux nouvelles exigences de loi
- **Deux changements majeurs: forfaits par cas et obligation de co-financement des établissements de la liste hospitalière**



2. Ce qui va changer en 2012

1. Nouveau système tarifaire (SwissDRG)
2. Financement forfaitaire des prestations
3. Nouvelle répartition de financement entre l'Etat et l'Assurance obligatoire des soins (55% au moins/45%)
4. Co-financement des établissements listés mais possibilité de conclure des conventions entre assurances et hôpitaux hors liste
5. Libre-choix de l'hôpital



2. Qu'est-ce que les SwissDRG?

- Une **structure tarifaire uniforme** dans le domaine hospitalier applicable **dans toute la Suisse** et basée sur les forfaits par cas.
- **Les rémunérations** de prestations hospitalières **identiques** dans tous les hôpitaux de Suisse.
- Quel est l'objectif : **améliorer la transparence** et la **comparabilité** entre hôpitaux, **accroître l'efficacité** et la **concurrence**.



2. Financement forfaitaire des prestations

- **Deux types de forfaits**
 - Soins aigus: forfaits par cas
 - Soins de psychiatrie et de réhabilitation : forfaits à la journée
- Qu'est-ce qui est **inclus** dans ces forfaits :
 - les charges liées à la fourniture de la prestation ;
 - les coûts d'investissement
- Qu'est-ce qui est **exclu** des forfaits :
 - les charges liées à la formation universitaire et à la recherche
 - les coûts liés à des prestations d'intérêt général



2. Répartition fixe du financement entre l'État et les assureurs

- La part de l'Etat est fixée **neuf mois** à l'avance
- La part de l'Etat est **au minimum de 55%**
- Elle est due à **tous les établissements** qui figureront sur les listes cantonales dans les limites de leur mandat



2. Libre choix de l'hôpital

- Les patients auront le **libre choix** entre tous les hôpitaux suisses figurant sur une liste cantonale
- L'Etat devra participer aux financements des hospitalisations dans ces hôpitaux (**également celles effectuées par convenance personnelle**)
- Il n'y a pas d'obligation d'admission pour les patients extra-cantonaux



3. Enjeux

- Le libre-choix de l'hôpital
 - anticiper les flux
- La concurrence entre hôpitaux et cliniques
 - respecter l'économicité et la qualité de la prestation
- L'impact sur les budgets cantonaux
 - assurer la couverture des besoins et l'accès aux soins



Révision de la LALAMal

Actualisation de la planification et de la liste hospitalière genevoise



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENÈVE
1800 TERNINGAS LEX

Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé

04/02/11 - Page 11

3. Liste hospitalière

- La liste est une décision Conseil d'Etat
- Elle est annexée à la planification hospitalière
- **Art. 58b OAMal** Planification des besoins en soins
 - 1 Les cantons déterminent les besoins selon une démarche vérifiable. Ils se fondent notamment sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons.
 - 2 Ils déterminent l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur la liste qu'ils ont arrêtée.
 - 3 Ils déterminent l'offre qui doit être garantie par l'inscription d'établissements cantonaux et extra-cantonaux sur la liste visée à l'art. 58e afin que la couverture des besoins soit assurée. Cette offre correspond aux besoins déterminés conformément à l'al. 1, déduction faite de l'offre déterminée conformément à l'al.2.



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENÈVE
1800 TERNINGAS LEX

Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé

04/02/11 - Page 12

3. Comment établir la liste?

Art. 58e Listes et mandats de prestations

- 1 Les cantons inscrivent sur leur liste visée à l'art. 39, al. 1, let. e de la loi, les établissements cantonaux et extra-cantonaux nécessaires pour garantir l'offre déterminée conformément à l'art. 58b, al. 3.
- 2 Les listes mentionnent pour chaque hôpital l'éventail de prestations correspondant au mandat de prestations.
- 3 Les cantons attribuent à chaque établissement sur leur liste un mandat de prestations au sens de l'art. 39, al. 1, let. e de la loi. Celui-ci peut contenir notamment l'obligation de disposer d'un service d'urgence.

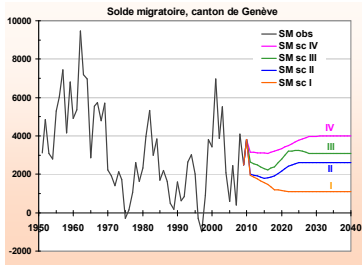


4. La planification hospitalière

1. Scénarios
2. Données
3. Méthode
4. Résultats statistiques
5. Future liste hospitalière
6. Prochaines étapes



4. Les scénarios démographiques



scénario I « morosité économique »
scénario II « tendance récente »
scénario III « engagement transfrontalier »
scénario IV « dynamisme urbain »

Caractéristiques du scénario III:

- **fort engagement** du gouvernement **pour réaliser rapidement** les projets de **constructions**
- **contexte économique favorable** (le nombre d'emplois continue à croître)

4. Evolution des durées moyennes de séjour (DMS)

- "Référence" ou "Canton": DMS inchangée
- "Best" : DMS devient la plus basse de Suisse
- "2^{ème}Best" : DMS devient la 2^{ème} plus basse de Suisse
- Scénario "¼ Best": la DMS atteint le 25^{ème} percentile des DMS les plus basses de Suisse

4. Les statistiques 2008 des hôpitaux

Deux groupes:

- A)
Soins aigus
- B)
Soins de psychiatrie
Soins de réhabilitation
Soins de gériatrie

**Pôles
d'activité**

A Système nerveux
B Ophtalmologie
C ORL, Stomatologie
D Pneumologie
E Cardiologie, Vasculaire
F Digestif
G Gynécologie
H Orthopédie, Rhumatologie
I Tissu cutané et tissu sous-cutané
J Endocrinologie
K Uro-néphrologie
M Obstétrique
N Nouveau-nés
O Hématologie
P Maladies infectieuses
Q Toxicologie, Intoxications, Alcool
R Psychiatrie
S Traumatismes graves, Brûlures
T Transplantations d'organes, Greffes de moelle
U Autres prises en charge
V Chimiothérapie, Radiothérapie, Transfusion
W Gériatrie
X Décès, Transferts immédiats
Y Réadaptation
Z Erreurs

4. Méthode

Statistiques médicales (2008)

Population par âge
Nombre de cas par âge et par pôle
Taux d'hospitalisation par âge
Nombre de journées d'hospitalisation
Durées moyennes de séjour

Scénario
démographique

Projections démographiques (2008-2020)

Population projetée par âge

Scénario DMS

Données projetées (2008-2020)

Nombre de cas par âge et par pôle
Nombre de journées d'hospitalisation

4. Résultats statistiques

Exemples :

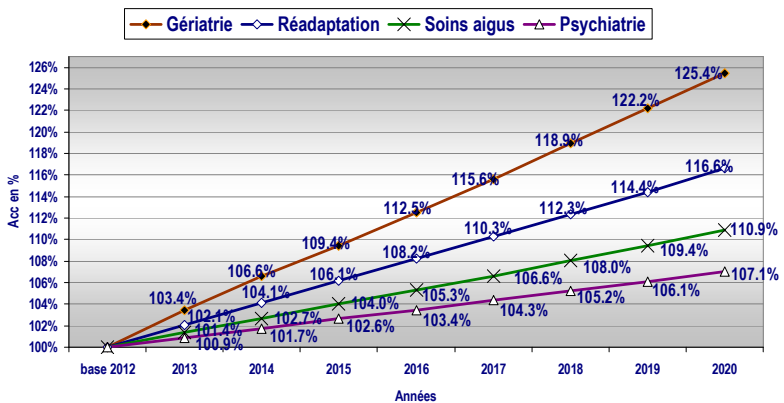
1. Augmentation des cas en % par type de soins
2. Evolution du nombre de journées de soins aigus en % par scénario de DMS
3. Augmentation des cas d'hospitalisation par pôles



Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé

04/02/11 - Page 19

Augmentation des cas en %

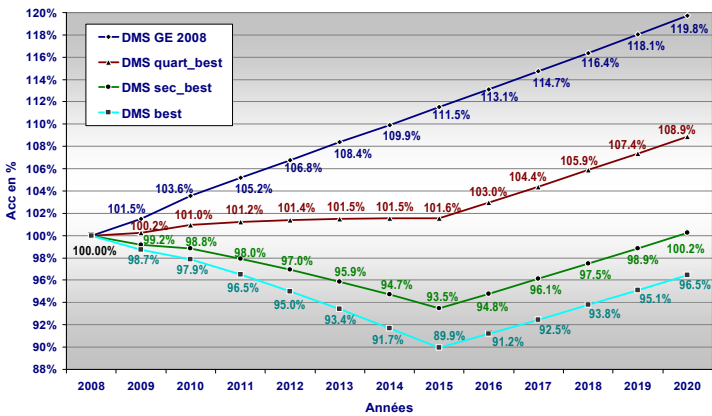


Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé

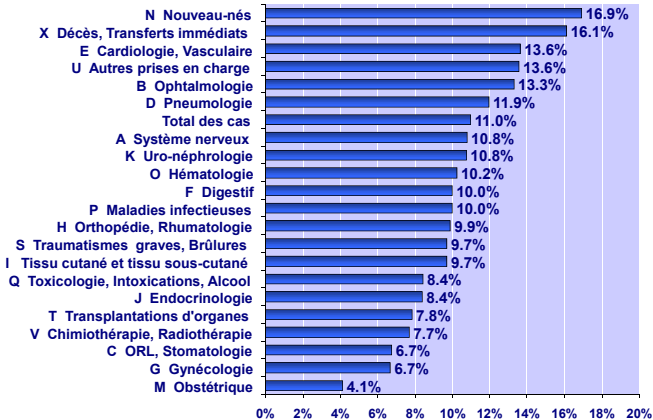
04/02/11 - Page 20

Évolution des journées en %

selon l'évolution des durées de séjour



Augmentation des cas par pôles 2008-2015

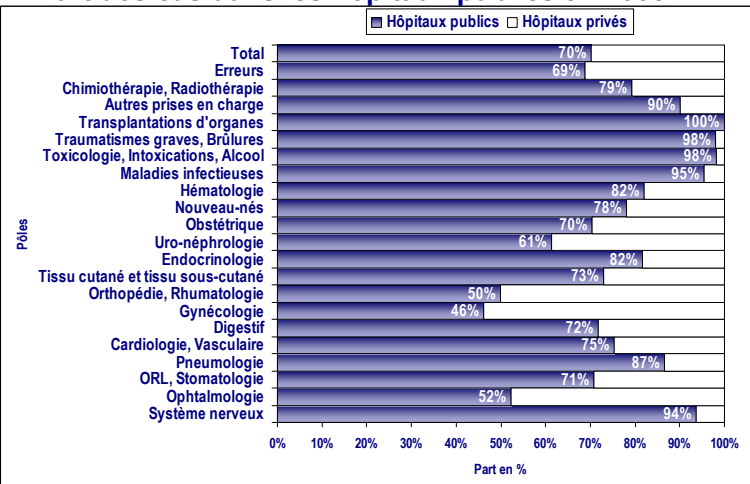


4. Future liste hospitalière

- Cas AOS uniquement
- Patients genevois uniquement
- Doit tenir compte de ce qui est réalisé dans les établissements privés
- Doit tenir compte des flux sortants (patients genevois hospitalisés sur le canton Vaud par exemple)



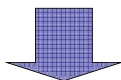
4. Part des cas dans les hôpitaux publics en 2008



4. Renouvellement de la liste hospitalière

Actuellement les hôpitaux publics traitent environ 70% des cas de soins aigus

Les cliniques privées traitent dans certains pôles jusqu'à 50% des cas des soins aigus



- Il faut donc prévoir la possibilité d'une collaboration avec les cliniques privées
- Pour figurer sur la liste il faudra respecter les conditions fixées dans le projet de loi et signer un mandat de prestations

5. Prochaines étapes

- Dépôt du rapport de planification sanitaire
- Dépôt d'un projet de loi sur le financement hospitalier (révision de la LALAMal)
- Choix des pôles et des cas nécessaires pour disposer d'une couverture adéquate des besoins
- Définition de la liste



Genève, le 30 juin 2011

Concerne : PL 10832 / Projet de loi modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance maladie LaLAMal (J 3 05) du 11 mai 2011

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les députés membres de la Commission de la santé du Grand Conseil,

Pour faire suite à l'audition du 24 juin 2011 des représentants de l'Association des cliniques privées de Genève, M. Philippe Cassegrain, président, M. Gilles Rufenacht, vice-président, et M. Nicolas Froelicher, membre du comité, nous nous permettons de rappeler nos remarques au sujet du projet de loi susmentionné.

En préambule, nous rappelons que ce projet de loi cantonale a pour but de mettre en œuvre le nouveau financement hospitalier au sens de la LAMal voté par les Chambres fédérales le 21 décembre 2007 et entré en vigueur le 1^{er} janvier 2009. Ce nouveau système de financement hospitalier implique un changement fondamental pour les cantons qui ne subventionneront plus des établissements mais financeront des prestations, indépendamment du fait qu'un patient soit traité dans un hôpital public ou privé, et qu'il soit au bénéfice d'une assurance complémentaire ou non. Le législateur fédéral a donc introduit le principe de la concurrence entre les établissements hospitaliers, publics et privés, et une meilleure transparence en termes de prix et de qualité. Selon le Conseil fédéral, les hôpitaux devront donc être gérés comme des entreprises (voir Message ad article 49 al.7, page 5237).

En outre, le nouveau système de rémunération, les forfaits par cas liés au diagnostic médical (SwissDRG), seront introduits dès le 1^{er} janvier 2012.

Un délai transitoire de 3 ans a été accordé aux cantons pour mettre en œuvre une planification hospitalière dans le cadre des critères prévus par la loi fédérale. Cette planification doit se fonder sur des comparaisons de qualité et d'économie entre les établissements. Le canton ne peut entraver cette exigence de concurrence en ajoutant notamment un cahier des charges aux cliniques privées pour protéger ses propres structures hospitalières.

Remarques concernant le projet de loi :

Article 16C al.3 litt. e.

Cette disposition oblige les établissements admis à 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 ».

Nous relevons tout d'abord que la contribution du canton, fondée sur la LAMal, ne constitue pas une subvention mais un achat de prestations par le canton (à hauteur de 55%) et au maximum au prix coûtant. Le cofinancement d'une prestation ne peut donc faire l'objet de contrôles typiques liés aux subventions. En effet, la doctrine s'est clairement exprimée sur le fait que la part cantonale versée dans le cadre du nouveau financement des hôpitaux n'est plus une subvention. Les établissements devront être transparents lors de la fixation du prix et communiquer leurs coûts de sorte qu'un contrôle de la comptabilité à la fin de l'année ne fait pas de sens.

Par ailleurs, cette exigence n'est pas compatible avec l'autonomie de gestion voulue par le législateur et le fait que les établissements doivent être gérés comme une entreprise. En effet, un établissement qui ne gère pas ses recettes et dépenses de façon rationnelle ne sera plus concurrentiel et disparaîtra automatiquement.

Pour ces raisons nous demandons que l'article 16C al.3 litt. e soit tout simplement biffé ou, au minimum, amendé dans le sens que les états financiers devraient se référer uniquement à l'activité sous mandat de prestations et non à l'activité globale de toute l'année.

Article 16C al.3 litt.g

Cette disposition impose des conditions de travail telles que prévues dans les lois, règlements et/ou conventions collectives de travail applicables en la matière, s'agissant notamment du salaire, de l'horaire de travail ou des prestations.

Même si nous estimons que cette exigence n'est pas compatible avec l'autonomie de gestion voulue par le législateur fédéral, nous pouvons l'accepter. En réalité, la question ne se pose pas à Genève puisque les cliniques privées membres de notre association ont une convention collective de travail depuis de très nombreuses années et qu'il est clair, d'après les exposés des motifs, qu'il n'est pas demandé aux cliniques privées d'adhérer à une CCT du secteur publique.

Article 16E al.3

Cette disposition impose une comptabilisation différenciée de la part des forfaits dévolus à l'investissement et soumet « tout investissement structurel et/ou lié à l'acquisition de grands appareils » à l'approbation du Département chargé de la santé.

Encore une fois, cette disposition n'est pas compatible avec la volonté du législateur fédéral et l'autonomie de gestion des établissements.

Le contrôle étatique des équipements lourds a fait l'objet de débats au Conseil national en 2007 qui a rejeté un amendement en raison de l'incompatibilité avec le nouveau système de financement des soins hospitaliers (voir en annexe le PV du 21 mars 2007 de la séance au Conseil national de mars 2007). Il a donc clairement renoncé à inscrire cette obligation dans la loi.

En effet, la rémunération forfaitaire liée à la prestation (SwissDRG) intègre les frais d'investissements, y compris structurels et ceux liés aux grands appareils, et doivent être communiqués en toute transparence dans le cadre de l'élaboration des prix. Toutefois, ces frais d'investissements ne sont pris en compte que dans la mesure où ils répondent au critère d'économicité tel que défini aux articles 46 al. 6 LAMal¹ et 59c al. 1 litt.b OAMal².

¹ Les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que les soins soient appropriés et à leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible.

² Le tarif couvre au plus les coûts nécessaires à la fourniture efficace des prestations.

Ceci contraint les prestataires à rationaliser leurs prestations et à éliminer d'éventuelles surcapacités et surcoûts.

Enfin et compte tenu du volume des prestations qui seront cofinancées par le canton, la demande préalable d'autorisation d'une acquisition importante ne répond pas au principe de la proportionnalité.

En effet, pour le canton de Genève, le montant total des investissements des cliniques privées est estimé à CHF 500 millions (immobilier et équipements). Le canton propose de cofinancer les prestations des cliniques privées pour un montant annuel de 24 millions. La proportion de l'investissement représentant environ 12% de ce cofinancement, soit approximativement CHF 2,8 millions, alors que cet article prévoit de contrôler l'ensemble des 500 millions d'investissements consentis par les cliniques privées.

Les cliniques privées ne peuvent en aucun cas accepter un contrôle de ces investissements alors qu'un éventuel cofinancement ne participe que très marginalement à ces coûts. La mention que l'approbation ne concerne que les investissements et équipements qui ont « un rapport avec l'activité subventionnée » est trompeuse et donne une carte blanche à l'autorité cantonale pour bloquer tout projet de développement ou d'innovation ; de plus, elle avantagerait les prestataires extra-cantonaux qui bénéficieraient du cofinancement du canton de Genève sans avoir à demander son approbation préalable pour ces investissements.

Nous rappelons que cette disposition constitue un élément empêchant toute participation de l'ensemble des cliniques membres de l'association au projet de planification hospitalière. Nous proposons donc de biffer purement et simplement cette disposition.

En conclusion, nous pouvons affirmer que les cliniques privées membres de Genève-Cliniques sont prêtes à adhérer à la planification et donc à participer à effort collectif pour autant que le principe de proportionnalité soit respecté, ce qui n'est clairement pas le cas dans le cadre de l'actuel projet de loi. En outre, le principe de l'autonomie de gestion voulue par le législateur fédéral est de toute évidence mis de côté dans ce projet de loi, ce qui nous paraît inacceptable, et a pour conséquence d'aller à l'encontre du renforcement de la concurrence entre les établissements, qu'ils soient privés ou publics.

Au vu des arguments évoqués ci-dessus, nous vous demandons de prendre en compte la position de l'association. Il est évident que les cliniques privées sont disposées à certaines contraintes, mais ne peuvent en aucun cas accepter celles qui empêcheraient leur autonomie et leur développement potentiel.

Restant à votre disposition pour tout complément d'information, nous vous prions de croire, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les députés membres de la Commission de la santé du Grand Conseil, à l'assurance de notre parfaite considération.

Le Président :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'P. Cassegrain', written over a horizontal line.

Philippe Cassegrain

La Secrétaire :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'I. Kreuzer', written in a cursive style.

Ines Kreuzer

Note de la direction des affaires juridiques du DARES**De la non-application de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005 (LIAF; D 1 11) aux mandats de prestations selon la LAMal (PL 10832)**

1. Le nouveau régime de financement hospitalier prévu par la LAMal prescrit notamment que les établissements hospitaliers figurant sur la liste hospitalière cantonale doivent conclure des mandats de prestations avec le canton.

Selon la loi, ces mandats peuvent être assortis de certaines conditions à remplir par les fournisseurs de prestations, selon une définition par les cantons (art. 58a ss OAMal). Ces derniers n'ont toutefois pas le loisir d'imposer tout type d'exigences, mais ne sont admis qu'à prévoir des conditions ayant trait à la couverture des besoins en soins de la population ou étant en lien avec des services d'intérêt public (par ex.: les services d'urgence) ou encore avec les critères de planification établis par le Conseil fédéral, soit l'économicité et la qualité (cf. art. 58a ss OAMal).¹

Au regard de ce qui précède, il n'est dès lors guère admissible de contraindre les fournisseurs de prestations à conclure un contrat qui serait soumis à la LIAF, dès lors qu'il s'agirait là d'un critère étranger à la réglementation fédérale, partant, contraire à celle-ci.

2. Au demeurant, la LIAF s'exclut d'elle-même en la matière puisque l'article 4, lettre i de cette loi prévoit comme exception à son application "*les indemnités et les aides financières fixées de manière impérative par le droit fédéral [...]*", soit en l'espèce, la LAMal.
3. Enfin, il faut également relever que le système de subventionnement même de la LIAF n'est pas compatible avec les impératifs liés à la planification des besoins en soins de la population. En effet, le processus instauré par cette loi représenterait un obstacle à un subventionnement rapide de nouvelles prestations pour l'un ou l'autre établissement hospitalier dans l'hypothèse d'une couverture des besoins en soins se révélant insuffisante pour un secteur médical particulier.

¹ GUILLOD/MAHON/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, avis de droit, mai 2010, page 29; FF 2004 p. 5232