

Date de dépôt : 15 octobre 2019

Rapport

de la commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi du Conseil d'Etat modifiant la loi sur la santé (LS) (K 1 03) (Equipements médico-techniques lourds)

Rapport de majorité de M. Sylvain Thévoz (page 1)

Rapport de minorité de M. Pierre Conne (page 28)

RAPPORT DE LA MAJORITÉ

Rapport de M. Sylvain Thévoz

Mesdames et
Messieurs les députés,

Le PL 12425 modifiant la loi sur la santé (LS) (K 1 03) (Equipements médico-techniques lourds) a été traité en 5 séances les 17 mai, 28 juin, 27 septembre, 4 octobre, et 11 octobre 2019, sous la présidence de M^{me} Marjorie de Chastonay. La première séance a été dévolue à l'audition de M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat chargé du DSES ; la deuxième séance à l'audition de M. Nicolas Froelicher, vice-président, de M. Cédric Alfonso, membre et directeur général de la Clinique Générale-Beaulieu, de l'Association des cliniques privées de Genève (ACPG), du D^r Martina Martins Favre, présidente, et du D^r Philipp Hauser, membre du comité du Groupe des radiologues genevois (GRG), ainsi que du D^r Michel Matter, président de l'Association des médecins de Genève (AMGe) ; la troisième séance à l'audition de M. Christophe Guye, chef de service adjoint au département des finances et de la santé de la République et canton de Neuchâtel, puis de M. Stefan Meierhans, surveillant des prix, et de M^{me} Brigitte Rorive-Feytmans, directrice financière des HUG. Les deux

dernières séances ont permis de traiter les amendements nécessaires et de voter ce projet de loi.

La commission a accepté ce PL 12425 amendé par 9 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 UDC, 2 MCG) 4 non (4 PLR) et 1 abstention (1 PDC).

Nous remercions les procès-verbalistes, M. Sébastien Pache et M^{me} Virginie Moro, pour l'excellence de leur prise de notes.

Audition du 17 mai 2019

Audition de M. Maura Poggia, conseiller d'Etat chargé du DSES

M. Poggia explique que ce PL était en réflexion depuis un certain temps. La plupart des cantons romands disposent déjà d'une loi similaire. La question était de savoir si le secteur allait mettre en place une autorégulation sur l'acquisition des équipements lourds. Or, on constate plutôt un crescendo constant dans l'acquisition d'équipements lourds entre le secteur public et le secteur privé. Il est important d'agir, car cela n'est plus acceptable pour le contrôle des coûts de la santé. Genève est le canton où la densité de ces équipements par habitant.e est la plus haute et où certains examens sont les plus nombreux. Il y a un rapport direct entre hausse des coûts et nombre d'appareils disponibles. Les patient.e.s sont pourtant tout aussi bien soigné.e.s dans les cantons où il y a moins de gros équipements et où les primes sont bien plus basses qu'à Genève.

Donner le pouvoir de pouvoir dire non si cela s'avère nécessaire

Ce PL 12425 propose d'ajouter une compétence au Conseil d'Etat lui permettant de limiter les équipements lourds afin de viser une meilleure maîtrise des coûts et surtout une prise en charge de qualité. Au niveau de la mise en œuvre, le PL prévoit une disposition transitoire qui stipule, après évaluation, qu'au 31 décembre 2018, la population genevoise dispose d'une couverture suffisante en termes d'équipements lourds. Tout matériel acheté entre le 1^{er} janvier 2019 et l'entrée en vigueur de la loi sera du surnuméraire présumé par rapport à la couverture des besoins et le renouvellement automatique n'en sera pas autorisé. Cela induit une certaine urgence à voter ce PL, afin qu'il produise ses effets et afin d'éviter la course aux équipements. La jurisprudence au niveau fédéral a validé la possibilité de limiter les outils diagnostics qui entraînent des coûts importants. La liberté de commerce était un élément examiné par le TF, à savoir s'il y avait une proportionnalité d'objectifs de ces dispositions cantonales par rapport à cette liberté. Le TF a estimé que cela était suffisamment important pour justifier une entrave à la liberté de commerce. Ce PL permet de suivre l'exemple de

Neuchâtel, dont le cas a fait l'objet de cette jurisprudence, et de s'aligner sur le reste de la majorité des cantons romands.

Qu'entend-on par équipements médico-techniques lourds ?

La liste n'est en effet pas exhaustive, c'est la raison pour laquelle le mot « notamment » est utilisé. Ce sont les IRM (imagerie à résonance magnétique nucléaire), les CT-scan (scanners à rayons X), l'angiographie digitalisée, la tomographie d'émission de positrons, la tomographie d'émission monophotonique, les appareils de scintigraphie statique ou dynamique, les appareils de minéralométrie à rayons X, les installations de radiothérapie et les robots de chirurgie. Cela sera inséré dans le règlement. Cette liste est la même que dans les cantons de Vaud, du Valais et de Neuchâtel.

Maîtriser les coûts et la qualité

A Genève, il y a aujourd'hui un délai pratiquement nul pour accéder à des diagnostics à l'aide des appareils évoqués ci-dessus. Genève est systématiquement dans le peloton de tête des cantons ayant le plus d'appareils de ce type. De nombreux investissements ont lieu dans ce domaine. Ils ne semblent pas tous opportuns et surtout ils coûtent très cher. L'objectif de ce PL est de protéger les payeuses et payeurs de primes genevoises d'investissements superflus du point de vue de la qualité des soins et de l'accès aux soins à Genève. La densité de radiologues par 100 000 habitants est en moyenne de 7,5 au niveau suisse, de 8,7 à Zurich, et de... 16,1 à Genève ! Notre canton est déjà largement suréquipé. Dans le domaine de la santé, l'offre génère la demande. Si un médecin a un radiologue à deux pas de chez lui, il va faire tous les examens possibles et imaginables pour appuyer son diagnostic. Ce qui conduit à une hausse des coûts de la santé.

Ce PL vise avant tout à ne pas tout accepter et à mettre le cas échéant des normes de qualité. Ce PL ne va toucher la qualité des soins. Il ne s'agit pas de refuser *ad aeternam* tous les futurs achats d'équipements lourds, mais de donner au département les moyens de contrôler. Si on ne contrôle pas, on devra assumer le prix, et il est très élevé. Un nouvel équipement lourd génère une facturation entre 2 et 3 millions de francs. Ce PL permet d'interroger les éventuelles indications abusives. C'est une évidence et les autres cantons en ont fait le constat : plus il y a de matériel lourd, plus il y a de prescriptions.

Prévenir la course à l'équipement

Les alinéas 4 et 5 de l'article 138 sont prévus de manière à répondre à une éventuelle course à l'équipement. Un état des lieux a été fait au 31 décembre 2018, date à laquelle l'on peut convenir que les besoins sont bien couverts à Genève. Il est donc avéré que la situation à fin 2018 permet une couverture correcte des besoins de la population genevoise. L'évaluation des besoins, lorsque la loi sera en vigueur, se fera donc à l'aune de cet état des lieux. Le jour où cette loi entre en vigueur, les entreprises qui achètent du matériel lourd ne pourront pas revendiquer le remplacement de l'appareil qu'ils auront acheté après le 1^{er} janvier 2019. Il n'y a évidemment pas de rétroactivité des lois. Le canton de Vaud n'avait pas mis de date photographique et a vu exploser les commandes entre le moment où la loi a été déposée et le moment où elle est entrée en vigueur. On constate que les équipements déployés sont utilisés et que le fait que ces derniers existent génère un certain nombre de diagnostics, indépendamment des besoins. Il a notamment été rapporté au magistrat qu'un cabinet de radiologie envisageait d'acheter un nouvel appareil pour éviter de demander aux patients de venir le samedi, jour où les appareils ne sont actuellement pas utilisés ! Les patient.e.s ont aussi leur responsabilité, car ils disent parfois à leur médecin « pourquoi ne faites-vous pas une IRM ? ».

Ce PL ne va pas être un frein à la modernisation et au bien-être du patient, mais vise à une utilisation rationnelle du matériel. Genève est le canton qui a le plus grand nombre de robots chirurgicaux par km². Il y en a 6 à Genève. Lorsqu'il y a un large choix d'appareils et qu'il faut pratiquer pour garder la dextérité, il y a évidemment un risque d'opérer inutilement des patient.e.s. La Conférence latine a publié des chiffres, l'année dernière, indiquant que certaines opérations sont davantage pratiquées dans les cliniques privées qu'ailleurs. Si l'on compare le premier trimestre 2018 avec le premier trimestre 2019, on constate une augmentation à Genève de 9% de la facturation reçue dans les assurances. Le fait de ne rien faire serait donc irresponsable. Avec cette loi, tout le monde sera logé à la même enseigne (public et privé), à la différence que le département valide les plans d'investissement des établissements publics médicaux, avant de se présenter devant le Grand Conseil avec des PL d'investissement ou des crédits de renouvellement. Cela permet, pour le domaine public, d'éviter d'acquérir des éléments superflus. Aux HUG, on régule déjà par le plan décennal des investissements, qui est soumis à la validation du Conseil d'Etat.

Renforcer la mutualisation

Ce PL, en ce qu'il donne du pouvoir au Conseil d'Etat pour réguler l'achat de matériel médico-technique lourd, en facilitera la mutualisation. En effet, les acteurs devront s'entendre, et mettre en commun leur matériel. Par exemple, dans l'hypothèse où les HUG demandent un appareil très coûteux, il faudra que ce dernier soit ouvert à l'ensemble des patient.e.s genevois.es et pas uniquement à l'usage des HUG. Et vice versa pour un équipement acquis par une clinique privée. Aujourd'hui, on connaît très bien la densité d'équipement, par équipement, par canton. S'il n'y a pas de limite posée à l'acquisition, il n'y a pas d'incitatif à mutualiser, puisque chacun.e ou presque est tenté d'acquérir son matériel propre et de le faire tourner. La demande de ce PL est véritablement d'avoir la possibilité, à un moment donné, de dire « stop ». Si l'on ne régule pas, les HUG vont acheter un appareil et d'autres acteurs du canton le feront aussi, quand bien même un seul appareil remplirait les besoins.

Après discussion de la commission, les auditions de l'AMGe, de l'Association genevoise des radiologues, de l'Association des cliniques privées de Genève (ACPG), du Groupe des radiologues genevois (GRG), de M. Stefan Meierhans (surveillant des prix), du professeur Jean-Michel Gaspoz, de la directrice financière des HUG, M^{me} Brigitte Rorive-Feytmans, et du département chargé de la santé au canton de Neuchâtel sont acceptées à l'unanimité.

Audition du 28 juin 2019

Audition de M. Nicolas Froelicher, vice-président de l'Association des cliniques privées de Genève (ACPG) et directeur de l'Hôpital de La Tour, de M. Cédric Alfonso, membre de l'ACPG et directeur de la Clinique Générale-Beaulieu et des Centres médicaux des Eaux-Vives, puis de M^{me} Martina Martins Favre, radiologue et présidente du Groupe des radiologues genevois (GRG), de M. Philipp Hauser, radiologue à l'Hôpital de La Tour, membre du comité du Groupe des radiologues genevois (GRG) et de la Société suisse de radiologie, de M. Michel Matter, président de l'Association des médecins de Genève (AMGe)

Les privés font part de leurs inquiétudes

Selon l'Association des cliniques privées de Genève, ces dernières assurent environ 28% des hospitalisations à Genève. Le PL 12425 émerge, selon l'ACPG, d'une décision unilatérale, dans la précipitation et sans une large consultation. L'ACPG se pose plusieurs questions sur ce texte, notamment concernant la définition de ce qu'est un équipement lourd. Selon

L'ACPG, les cantons qui ont limité les équipements lourds ont tout de même des augmentations des coûts de la santé. A Genève, qui n'a pas encore introduit une telle mesure, on connaîtrait une augmentation plus faible des coûts de la santé que dans d'autres cantons mentionnés selon l'interprétation des chiffres de la part de l'ACPG. Dans le canton de Vaud, qui a introduit cette limitation en 2015, on a exigé qu'un rapport soit publié avant l'échéance des 5 premières années. Ce rapport devrait être disponible avant la fin de 2019. Pour l'ACPG, une limitation ne garantit pas un accès équitable aux soins. Le rationnement risquerait même de créer une médecine à deux vitesses. L'Allemagne aurait abandonné cette limitation, instaurée entre 1982 et 1997, car elle semblait inefficace au niveau du contrôle des coûts et génératrice d'inégalités au niveau de l'accès aux soins. L'ACPG reconnaît toutefois que les équipements sont beaucoup moins utilisés à Genève que dans d'autres pays d'Europe où les machines sont utilisées sur des plages horaires plus grandes. Ce n'est pas le nombre d'équipements qui va être générateur de coûts mais le nombre d'examen. Le prix de l'examen est réglementé, que ce soit aux HUG ou en clinique privée.

Serait-il urgent de ne rien faire ?

Pour l'ACPG, il faudrait attendre les résultats de l'étude du canton de Vaud. Comme le PL ne définit pas ce qu'est un équipement médical lourd ni ce que serait la procédure de régulation, il faudrait qu'une commission s'en charge, comme à Neuchâtel, où siègent les différents acteurs du secteur public et du secteur privé, et évalue cette limitation. La problématique principale est le manque de connexion entre acteurs du monde de la santé. Par exemple, un patient va chez son médecin traitant. Ce dernier lui fait une IRM. Le patient est ensuite envoyé chez un chirurgien. Ce dernier se demande s'il doit vraiment opérer le patient. Il va alors faire faire la même IRM à son radiologue de confiance. Caricatural ? Apparemment pas. L'ACPG pense qu'il y a un effort à faire, notamment au niveau du dossier patient informatisé. Le chirurgien n'a aujourd'hui pas d'obligation de consulter le dossier pour voir ce qui a déjà été fait. La digitalisation de l'information médicale permettra de limiter les examens inutiles et ainsi baisser les coûts de la santé.

L'ACPG estime que ce PL pourrait être problématique pour le développement des centres de compétences, notamment lorsqu'ils ont une mission pour une spécialité particulière. Il pourrait leur être rendu ardu de renouveler un équipement à cause d'une limitation légale. Certes, il y a de plus en plus de centres d'IRM. Bien utilisée, et sans excès, l'imagerie permet une prise en charge plus efficace pour les patient.e.s. Il y a toujours des

IRM des années 1980 dans des centres de radiologie. Le prix facturé au patient est identique à des modèles plus récents, malgré une moins bonne qualité de ces appareils. Les taux d'occupation des machines doivent être limités à maximum 70% ou 75% de leur capacité afin de réserver des plages pour les urgences. Le taux d'utilisation de la machine est aussi variable selon les périodes de l'année.

Le libéralisme est-il bon pour la santé ?

M. Michel Matter, président de l'Association des médecins de Genève (AMGe), a l'impression que l'on a rouvert le congélateur dans lequel le conseiller d'Etat Segond avait mis ce PL. A ses yeux, nos voisins ont, dans leur projet, fixé la barre de ce qui était cher à 1 million alors que l'on a mis ici « onéreux ». La première question à poser serait donc : qu'est-ce qui est « onéreux » ? Des cantons sont nominalement cités dans le PL, mais l'on ne parle pas d'autres cantons qui n'ont pas ce type de limitation. Il a aussi été omis, pour Neuchâtel, de citer le fait qu'un centre de radiologie a été construit dans le canton de Berne, à 5 km du canton de Neuchâtel. Il a aussi été omis d'évoquer les recours dans le canton de Vaud, contre lesquels le conseiller d'Etat Maillard a perdu deux fois. En termes d'accessibilité, les Genevois bénéficient d'une exceptionnelle qualité de soins. Le fait de travailler avec le département pour réguler au mieux et analyser certains éléments ne pose pas de problèmes. A l'avenir, la médecine va être de plus en plus personnalisée, il faut pour cela une imagerie, dont le niveau est extraordinaire. Développer davantage des partenariats entre le privé et le public semble plus urgent que de penser à la limitation des équipements.

M^{me} Martina Martins Favre et M. Philipp Hauser rappellent que le Groupe des radiologues genevois (GRG) n'est pas favorable à ce PL. Le GRG estime que cela va diminuer la qualité des examens. Si l'on fait un diagnostic précis, on peut diminuer les traitements et les coûts. Faire une telle loi dans la précipitation, sans attendre le rapport sur l'expérience vaudoise, n'est pas raisonnable. Pour le GRG, prétendre que l'offre crée la demande, comme le fait ce PL, est faux.

Le GRG considère que cette loi serait discriminante, puisque l'on parle de matériel lourd de radiologie, mais pas des robots, des soins intensifs, des centres de dialyse, etc. La radiologie est régulièrement visée alors que seulement 2% des coûts de la santé seraient véritablement imputés à la radiologie. Il y a beaucoup plus d'appareils d'échographie (des centaines) que d'équipements lourds comme les scanners ou les IRM. Il faudrait prioritairement s'attaquer aux appareils d'échographie si l'on veut véritablement réduire les coûts de la santé. Le GRG considère aussi cette loi

comme discriminante vis-à-vis de la nouvelle génération à laquelle on va interdire de s'installer. Le manche du couteau sera donné aux propriétaires des appareils.

Le GRG rappelle que l'outil radiologique permet de raccourcir les hospitalisations et les parcours diagnostics, ainsi que les absences des patients au travail. On peut actuellement avoir des IRM d'occasion bas de gamme pour 100 000 francs, mais le coût de certaines IRM monte jusqu'à 15 millions pour des examens de recherche. Les examens sont rémunérés selon le tarif LAMal et, qu'ils soient faits sur une machine à 100 000 francs à 9h du matin ou alors sur une machine à 15 millions à 2h du matin par un professeur, cela ne change pas leur coût. Le prix de l'appareil et le prix de sa maintenance n'ont aucune incidence sur le prix des prestations à facturer. Selon le GRG, des radiologues sont entrés en faillite dans le canton de Vaud suite à l'introduction de la clause du besoin. La radiologie permet aussi aux professionnels de la santé de se dédouaner, rien que pour des raisons juridiques. La composante de l'angoisse de l'erreur médicale peut être contrecarrée par une imagerie de qualité. Le GRG craint que leur liberté entrepreneuriale ne soit entravée. Dans cette loi, l'Etat de Genève serait un peu juge et partie, puisque les HUG sont les propriétaires du plus grand parc d'imagerie lourde du canton. Il s'agit pour le GRG d'une forme de protectionnisme qui est préjudiciable aux autres acteurs.

Ce PL est-il lié à un enjeu de planification sanitaire ?

Une députée désirerait obtenir des informations sur la planification sanitaire avant de poursuivre les travaux sur ce PL, pour évaluer comment est prévue l'intégration de nouveaux équipements dans cette planification. Pour sa part, le département considère qu'il n'y a pas de lien direct entre cette planification et ce PL spécifique. La planification sanitaire 2020-2023 est bien plus large et sera transmise aux député.e.s d'ici à la fin de l'année, sous forme de rapport. La planification hospitalière n'est pas soumise à la ratification du parlement, mais les listes communiquées peuvent faire l'objet de voies de recours. Il est répété que des mandats ne seront pas donnés à des établissements qui ne respectent pas les critères pour des domaines pour lesquels ils ont soumissionné. Le canton n'a pas les moyens de planifier la médecine ambulatoire, ou d'imposer des lieux d'emplacement géographique pour les appareils d'imagerie médicale. La planification sanitaire et ce PL spécifique ne sont pas liés.

La commission refuse le gel de ce PL

Une députée reste sceptique sur les objectifs attendus de ce PL, dont l'étude est difficile tant que la planification sanitaire 2020-2023 n'a pas été présentée par le département. Elle pense que les pôles de compétences qui se développent devraient avoir légitimement accès aux équipements qui leur sont nécessaires. Dans un souci d'efficacité, selon elle, il conviendrait aussi d'attendre la sortie de l'étude sur le canton de Vaud. Cette députée propose le gel de ce PL.

Pour la majorité de la commission, le gel de ce PL serait contre-productif. Beaucoup de gens viennent actuellement auprès du département demander quand la régulation va entrer en vigueur. Rester dans l'incertitude est inconfortable. Ce PL laisse la possibilité au département de mener un dialogue afin de voir si l'acquisition de nouvel équipement est pertinente. A cette fin, des spécialistes seront consulté.e.s. Le remplacement des équipements nouveaux sera totalement admissible. S'il y a des projets qui vont au-delà de cette densité, et s'ils apportent un plus, rien n'en empêchera l'acquisition. Il ne s'agit aucunement de brimer la liberté entrepreneuriale. La proposition de gel est intéressante, mais elle donne surtout l'impression de vouloir contourner le débat de fond. Des auditions sont prévues ; les enjeux du débat sont clarifiés au fur et à mesure. Il serait regrettable d'arrêter de travailler, en laissant planer le doute d'une éventuelle volonté de mettre au frigo ce PL. Comme une loi similaire a été votée en 1998 à Neuchâtel et en 2001 au Tessin, il y a suffisamment de recul et d'expertises sans réel besoin d'attendre un rapport portant sur le canton de Vaud.

Le gel du PL 12425 est mis aux voix :

Oui : 5 (2 PDC, 3 PLR)

Non : 9 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 PLR, 2 MCG)

Abstentions : 1 (1 UDC)

Le gel du PL est refusé.

Audition du 27 septembre 2019

M. Christophe Guye, chef de service adjoint au département des finances et de la santé de la République et canton de Neuchâtel, puis M. Stefan Meierhans, surveillant des prix

L'exemple neuchâtelois sous la loupe

Le conseiller d'Etat neuchâtelois M. Laurent Kurth ne pouvant être présent, plutôt que de faire parvenir ses observations par écrit, il a proposé

l'audition de M. Christophe Guye. Dans le cadre de sa fonction, M. Guye, avocat, chef de service adjoint au service neuchâtelois de la santé publique chargé des affaires juridiques, fédérales et intercantionales, s'occupe de longue date du traitement des demandes d'autorisation de mise en service d'équipements médico-techniques lourds dans le canton de Neuchâtel. M. Guye est également *ad personam* membre de la commission vaudoise des équipements médico-techniques lourds. Le conseiller d'Etat neuchâtelois M. Kurth a transmis à la commission un rapport élaboré en juin 2016 par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), sur mandat du service cantonal de la santé publique, intitulé « Analyse globale des besoins en équipements dans le domaine de l'imagerie médicale soumis à autorisation du Conseil d'Etat dans le canton de Neuchâtel ». Ce document présente une analyse approfondie et étayée de la thématique et constitue une référence pour le canton de Neuchâtel. Le conseiller d'Etat nous a expressément priés de ne pas diffuser ce rapport au-delà du cercle des membres de la commission santé, qui en a pris connaissance. C'est pourquoi ce document ne se trouve pas annexé au présent rapport.

Un régime qui fonctionne depuis 20 ans

Un régime d'autorisation pour la mise en service de tels équipements par le Conseil d'Etat existe depuis 20 ans. M. Guye a rappelé qu'il s'occupe depuis longtemps du traitement des demandes d'autorisation de mise en service des équipements lourds. Ces demandes sont instruites par le service de la santé publique et font l'objet d'une décision du Conseil d'Etat. Il y a un passage obligé pour un préavis au Conseil de santé. Il s'agit donc, à Neuchâtel, d'une procédure assez lourde. Les résultats, sous l'angle des coûts, sont mitigés. Comme le canton de Neuchâtel était pionnier sur la clause du besoin, cela a conduit des acteurs neuchâtelois à s'installer à la frontière du canton pour contourner le régime d'autorisation de la clause du besoin. Il y a eu des installations notamment dans le canton de Berne, où un institut s'est placé à 100 m de la frontière, ce qui a généré une fuite des patient.e.s hors du canton. Cela a aussi contrecarré les effets de cette clause du besoin.

Des résultats probants

L'étude de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) montre que ce régime avait quand même permis une maîtrise de l'augmentation du nombre d'ouvertures d'instituts de radiologie dans le canton de Neuchâtel. Il y a donc eu un effet préventif relativement important. Le fait que des cantons aient rejoint Neuchâtel dans cette démarche est

important, et augmente le cercle des pratiques vertueuses. On doit regretter que le canton de Berne n'en ait toujours pas fait de même. Il y a eu des velléités de la part de la Confédération de mettre en place une telle disposition au niveau fédéral, mais cela n'a toutefois pas encore pu aboutir. Concernant l'évolution des coûts de la santé dans le domaine ambulatoire, il est important de rappeler que pour chaque équipement mis en place, 2 ou 3 millions sont ensuite à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le coût d'une IRM est de l'ordre de 1 à 1,5 million, mais il y a ensuite environ 2 à 3 millions à charge de l'assurance-maladie pour les actes qui seront générés par l'appareil, pour une utilisation moyenne de 20 à 25 examens par jour. Ce sont donc les coûts générés par l'équipement lourd pour l'assurance obligatoire des soins et pas les coûts de l'équipement lui-même qui sont problématiques.

Trop de matériel ionisant nuit à la santé

L'objectif de la clause du besoin est aussi de protéger la santé de la population. En 15 ans, la part de rayonnement ionisant au sein de la population a augmenté de 40% avec des risques identifiés, lesquels peuvent conduire à d'autres maladies que celles qui devaient faire au départ l'objet d'un diagnostic. En ce qui concerne l'accessibilité aux soins, il n'y a jamais eu de délais d'attente importants à Neuchâtel. On parle de 15 à 17 jours au niveau ambulatoire dans le cadre hospitalier de Neuchâtel et, de manière générale dans les instituts, à un maximum de 10 jours, les cas les plus urgents étant pris dans la journée. Le service de la santé n'a jamais été interpellé par les sociétés médicales indiquant que les délais d'attente étaient un problème.

La santé : un domaine où la concurrence ne fonctionne pas

M. Stefan Meierhans, surveillant des prix, veille à ce que les prix ne soient pas abusifs, dans des domaines où la concurrence ne fonctionne pas, ce qui est le cas dans le domaine de la santé. Considérant la santé, il s'agit d'un budget annuel de 80 milliards dont 35 milliards à charge de l'AOS. De nombreux prix sont fixés administrativement, comme les médicaments ou les tarifs de base des hôpitaux, la tarification des médecins. Les décisions des gouvernements cantonaux peuvent être attaquées au TAF. Le cœur du problème est selon lui la concurrence menée entre les hôpitaux sur le plan de la technologie et de l'infrastructure ; la baisse des prix d'achat et de maintenance des équipements médico-techniques lourds ces dernières années ainsi que la rémunération généreuse des prestations liées à leur utilisation (TARMED). Ces trois éléments mènent à des incitatifs qui conduisent à une augmentation de l'offre de ces équipements et donc à un risque de

suréquipement. Il s'y ajoute la nécessité de rentabiliser les équipements acquis. Au final, cela se solde par une augmentation du nombre d'exams inutiles et donc des coûts à charge de l'AOS. Ces équipements sont utilisés principalement dans le domaine ambulatoire. Il y a sans doute des incitatifs dans la tarification qui sont erronés. Des mesures ont été prises au niveau fédéral par rapport aux modifications Tarmed appliquées dès le 1^{er} janvier 2018. La Suisse est dans le top 3 au niveau de la densité en tomodensitomètres. En matière de densité d'IRM, la Suisse est située dans la moyenne, si l'on compare sa situation avec des pays comme l'Allemagne ou l'Autriche. Limiter l'acquisition d'appareils médicaux lourds du fait que ces derniers génèrent des actes supplémentaires, dont certains sont peut-être superflus, est parfaitement censé.

Trop grand nombre d'actes médicaux = Explosion des coûts de la santé

L'augmentation des coûts est telle qu'il faut attaquer sur tous les fronts. Concernant la surmédication et la surthérapie, M. Meierhans a indiqué avoir été membre d'un groupe d'expert.e.s cherchant à réduire les coûts de la santé. Dans le mandat même, il était déjà sous-entendu que le trop gros nombre d'actes médicaux était un problème. L'économie qui pourrait être dégagée en réduisant la surmédication et la surthérapie est estimée entre 10% et 40% selon les diverses études. Le chiffre de 20% serait plus précis. Les gouvernements de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne, dont les prix sont comparables à ceux de Genève, ont publié une étude et ont constaté qu'environ 4000 interventions ne peuvent être expliquées et semblent donc superflues. Cela équivaut à 80 millions de dépenses par année. C'est une estimation plutôt basse. Au Tessin, une loi similaire au PL genevois en étude est en vigueur depuis des années. Un effet dissuasif a été constaté avant l'achat d'un équipement médico-technique lourd, compte tenu notamment de la bureaucratie qu'un tel achat génère. Un ralentissement des achats de ces appareils a également été constaté. Ce sont deux effets positifs pour la santé.

M^{me} Rorive-Feytmans, directrice financière des HUG, préside une commission interne aux HUG qui régule les demandes d'équipements biomédicaux. Les HUG sont aujourd'hui déjà soumis à une régulation de l'Etat puisque tous les équipements lourds, de même que les équipements informatiques, sont financés par des crédits de renouvellement ou alors par des crédits d'ouvrages, votés sur la base d'un dossier déposé, qui contient des éléments d'explication sur leur planification. Ce PL ne changera donc pas grandement la situation des HUG. En tant qu'acteur d'un système de santé, les HUG partagent l'inquiétude de la population sur l'augmentation des coûts de la santé et la charge que cela génère. Un mécanisme de régulation qui

s'applique à l'ensemble des acteurs est pour les HUG une bonne chose. Dans ce domaine, l'offre crée la demande.

La santé n'est pas un marché comme un autre

Il n'y a pas de main invisible qui fait la régulation. S'il y a une offre qui est excédentaire, la demande va augmenter. Un mécanisme de régulation est une bonne chose, et peut être entendu comme une invitation à mettre en place davantage de synergies entre les différents acteurs. Une telle régulation existe dans d'autres pays, ainsi que dans d'autres cantons. Au CHUV, il n'y a pas eu de difficultés majeures depuis qu'une telle régulation a été mise en place dans le canton de Vaud. Le Grand Conseil va bientôt voter le prochain crédit de renouvellement des HUG, dans lequel ils justifient déjà tout ce qu'ils vont faire. Elle estime donc que le Conseil d'Etat qui prévalide – ou le Grand Conseil qui vote – pourrait tout à fait s'opposer à tel ou tel achat projeté par les HUG. Chaque fois qu'ils déposent une demande de crédits, cela se trouve sur une liste visible et transparente pour l'Etat. La visibilité sur 5 ans est donc totale. On peut faire une analogie entre le fonctionnement de la commission des équipements des HUG et ce PL qui étendrait au fond au niveau cantonal ce que les HUG font déjà. Considérant la mutualisation des appareils, lorsque les HUG arrivent au bout de ce qu'une machine peut faire, la question est posée d'acheter une nouvelle machine ou de savoir si un partenariat est mis en place, de collaborer avec un acteur externe possédant une machine non utilisée à pleine capacité. Aux HUG, le premier critère est la sécurité du patient. Un équipement ayant atteint un grand niveau d'obsolescence génère de grands coûts de maintenance. Une évaluation est faite au moment de renouveler un équipement obsolète soit par un appareil semblable, soit par un appareil plus technologique, avec une plus-value pour le patient. Le volume des patient.e.s concerné.e.s par une nouvelle acquisition doit être aussi pris en compte. 80% des équipements utilisés aux HUG sont achetés. Il y a toutefois du leasing pour les machines qui ont des durées de vie plus courtes. Les leasings sont bel et bien pris en compte dans ce PL, au niveau de l'article 33A, alinéa 2. Ils sont donc également soumis à autorisation.

Séance du 4 octobre

Un député avait proposé l'audition du professeur Gaspoz, président de la société suisse smarter medicine, qui avait décliné son audition. Le professeur Gaspoz est revenu sur sa position et accepte maintenant d'être auditionné. Un député rappelle que la commission a fait le tour du sujet et que la commission a pu se rendre compte des enjeux. Une telle audition serait intéressante à titre

informatif. La commission est prête pour voter ce PL. Une députée souhaite que l'on revote sur cette audition.

La présidente met aux voix l'audition du professeur Gaspoz au sein de la commission :

Oui : 5 (1 PDC, 4 PLR)

Non : 7 (1 EAG, 2 S, 1 Ve, 1 UDC, 2 MCG)

Abst. : 2 (1 S, 1 Ve)

L'audition du professeur Gaspoz est refusée.

Une députée souhaite avoir une présentation des grandes lignes de la planification sanitaire 2020-2023 avant de voter l'entrée en matière sur ce PL.

Il est rappelé que la commission a déjà mené ce débat et que ce PL n'est pas lié à la planification sanitaire.

La présidente met aux voix le report des travaux sur le PL 12425 en attendant une présentation du département sur la planification sanitaire :

Oui : 6 (2 PDC, 4 PLR)

Non : 7 (1 EAG, 3 S, 1 UDC, 2 MCG)

Abst. : 2 (2 Ve)

Le report des travaux est refusé.

Le PLR et le PDC ont une série d'amendements à proposer. Ces groupes pensent que la loi est trop succincte dans plusieurs domaines. Le département a affirmé qu'il allait statuer par voie réglementaire ; toutefois, les députés PLR et PDC souhaitent clarifier le partenariat entre privé et public et que cela figure dans la loi. Une députée demande à ce que la commission dispose d'un délai d'une semaine afin de finaliser les amendements pour cet objet.

Vote

La présidente met aux voix l'entrée en matière sur le PL 12425 :

Oui : 14 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG)

Non : 1 (1 PDC)

Abst. : -

L'entrée en matière sur le PL 12425 est acceptée.

La présidente met aux voix le report des travaux à la semaine prochaine sur le PL 12425 :

Oui : 15 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG)

Non : –

Abst. : –

Le report des travaux est accepté.

Séance du 11 octobre 2019

La présidente rappelle que l'entrée en matière a été votée la semaine passée et que la commission a reçu des amendements. Le vote se poursuit.

2^e débat

La présidente procède au vote du 2^e débat :

Titre et préambule pas d'opposition, adoptés

art. 1 pas d'opposition, adopté

art. 5, al. 2, lit. c pas d'opposition, adopté

Art. 33A, al. 1 :

Un député PLR explique avoir plusieurs inquiétudes sur le PL déposé et considère qu'il faudrait être plus spécifique au niveau de la limitation et de l'organisation des équipements lourds, de manière à ne pas avoir d'effets pervers – par exemple, le fait de pousser les établissements à ne pas renouveler leurs équipements ou alors à acheter des équipements bas de gamme. Il craint que ce PL ne freine le développement de nouvelles technologies. Cet amendement vise à s'assurer que ce PL n'empêche pas de développement dans la médecine ou l'acquisition de nouveaux équipements.

Le département ne pense pas que l'on puisse raisonnablement croire que le DSES veuille freiner la mise en service de nouvelles technologies plus performantes apportant une meilleure efficacité de la prise en charge. Une commission quadripartite composée des HUG, de l'Etat, de l'AMG et des cliniques privées sera mise au sein du règlement, tout comme la liste des appareils concernés.

Amendement PLR/PDC :

¹ (modifié) La régulation de l'offre d'équipements médico-techniques lourds vise à garantir des prestations de qualité, adaptées aux besoins de la population et contribuant équitablement à la maîtrise des coûts de la santé.

Cette régulation ne doit pas freiner la mise en service de nouvelles technologies plus performantes apportant une meilleure efficacité de la prise en charge.

Oui : 7 (2 PDC, 4 PLR, 1 UDC)
Non : 8 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)
Abst. : –

L'amendement PLR/PDC est refusé.

Alinéa 1 (initial) :

Oui : 9 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG, 1 UDC)
Non : 6 (2 PDC, 4 PLR)
Abst. : –

Alinéa 1 adopté.

Alinéa 2 :

Un député PLR indique que l'objectif du prochain amendement est de clarifier le processus de décisions concernant les équipements médico-techniques lourds. La différence entre cet amendement et celui du DSES est que cet amendement n'explique pas le fait qu'il s'agit d'une commission quadripartite.

Sous-amendement du PLR/PDC à l'amendement DSES :

² L'acquisition, la mise en service et l'utilisation de tout équipement médico-technique lourd, dans le domaine hospitalier ou ambulatoire public et privé, sont soumises à autorisation préalable du Conseil d'Etat, sur préavis d'une commission de six membres, laquelle est représentée d'un représentant du département, d'un représentant des établissements publics médicaux, d'un représentant des cliniques privées, de 2 représentants des médecins privés dont un médecin de premiers recours, et d'un membre désigné par les associations actives dans la défense des assurés.

Oui : 7 (2 PDC, 4 PLR, 1 UDC)
Non : 8 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)
Abst. : –

Le sous-amendement est refusé.

Sous-amendement du DSES à son propre amendement :

² L'acquisition, la mise en service et l'utilisation de tout équipement médico-technique lourd, dans le domaine hospitalier ou ambulatoire public et privé, sont soumises à autorisation préalable du Conseil d'Etat, sur préavis d'une commission dont la composition est fixée par règlement du Conseil d'Etat.

Oui : 7 (2 PDC, 4 PLR, 1 UDC)
Non : 8 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)
Abst. : –

Le sous-amendement est refusé.

Sous-amendement PLR à l'amendement DSES :

² L'acquisition, la mise en service et l'utilisation de tout équipement médico-technique lourd, dans le domaine hospitalier ou ambulatoire public et privé, sont soumises à autorisation préalable du Conseil d'Etat, sur préavis de la commission cantonale d'évaluation nommée par le département.

Oui : 7 (2 PDC, 4 PLR, 1 UDC)
Non : 8 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)
Abst. : –

Le sous-amendement est refusé.

Le département indique qu'il retire son amendement pour l'alinéa 2.

Amendement PLR/PDC :

² L'acquisition, la mise en service et l'utilisation de tout équipement médico-technique lourd, dans le domaine hospitalier ou ambulatoire public et privé, sont soumises à autorisation préalable du Conseil d'Etat, sur préavis de la commission cantonale d'évaluation.

Oui : 7 (2 PDC, 4 PLR, 1 UDC)
Non : 8 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)
Abst. : –

L'amendement PLR/PDC est refusé.

Art. 33A, al. 2 (initial) :

Oui :	8 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)
Non :	6 (2 PDC, 4 PLR)
Abst. :	1 (1 UDC)

L'alinéa 2 est adopté.

Un député PLR explique que l'élément clé, dans l'amendement de l'alinéa 3, vise à réfléchir au fait que les décisions ne sont pas prises directement par le Conseil d'Etat mais par une commission d'évaluation. Ce qui est en jeu ici est la liste des équipements, laquelle se transforme dans le temps, à mesure que de nouveaux équipements et de nouvelles technologies arrivent sur le marché. Il propose donc une commission cantonale d'évaluation et ajoute être d'avis que ce soient des représentants des médecins, des patients, des assurés et des HUG qui donnent leur préavis sur cette liste des équipements. On a ici le risque de se retrouver avec un PL plus léger que dans les autres cantons et de mettre en place des restrictions sans que le cadre de ces restrictions ne soit suffisamment précis.

Amendement PLR/PDC :

³ Le Conseil d'Etat établit la liste des équipements lourds par voie réglementaire, sur préavis d'une commission cantonale d'évaluation, et l'adapte périodiquement.

Oui :	7 (2 PDC, 4 PLR, 1 UDC)
Non :	8 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)
Abst. :	–

L'amendement PLR/PDC est refusé.

Alinéa 3 (initial) :

Oui :	8 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)
Non :	6 (2 PDC, 4 PLR)
Abst. :	1 (1 UDC)

L'alinéa 3 initial est accepté.

Un député PLR explique que l'amendement suivant vise à spécifier certains éléments qui semblent importants afin de garantir une prise en charge correcte des patients. Le PL indique que le nombre d'équipements pour Genève est celui évalué au 31 décembre 2018. Le résultat de cette décision est qu'il y aura de vieux équipements utilisés encore de nombreuses

années. Cela risque de constituer une péjoration des équipements à disposition. Le département répondra sûrement que cela sera géré par voie réglementaire, mais aux yeux du PLR cela doit figurer dans la loi. L'objectif de cet amendement est d'éviter des effets pervers et ainsi d'offrir à la population un cadre permettant d'être plus efficient dans la gestion des équipements lourds.

Le département estime qu'il va de soi que, lorsque l'on veut remplacer un ancien appareil par un nouveau, l'on doit pouvoir le faire en adaptant le niveau. Le gros problème est que ce type de loi n'est pas immédiatement exécutoire. Il n'y a pas d'effet rétroactif. Dès le moment où une telle loi est déposée, c'est alors alerte rouge dans les milieux concernés et l'on s'arme jusqu'aux dents pour l'avenir. Si un tel amendement était accepté, tous ceux qui se seront armés, entre le dépôt de la loi et le moment où elle entrera en vigueur, pourront bénéficier dans quelques années du remplacement automatique du matériel qu'ils ont acheté.

Amendement PLR/PDC :

⁴ (nouveau) L'autorisation du Conseil d'Etat n'est pas requise lors du remplacement des équipements lourds existants. Un inventaire est établi par le Conseil d'Etat à l'entrée en vigueur de la loi. Les remplacements des installations figurant à l'inventaire doivent tous être annoncés au département qui est le garant de l'actualisation de l'inventaire. Cet inventaire est confidentiel. Seuls les exploitants, le Conseil d'Etat et les services concernés en ont connaissance.

Oui : 6 (2 PDC, 4 PLR)
 Non : 8 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)
 Abst. : 1 (1 UDC)

L'amendement PLR/PDC est refusé.

Amendement UDC :

⁴ (nouveau) Le département établit un inventaire des équipements lourds. Sur la base de contrôles réguliers ou d'opportunités, il fait tout pour exclure l'utilisation d'appareils pouvant préjudicier la santé des patients.

Oui : 7 (2 PDC, 4 PLR, 1 UDC)
 Non : 8 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)
 Abst. : -

L'amendement UDC est refusé.

Amendement PLR/PDC :

⁴ (nouveau) Le Conseil d'Etat accorde l'autorisation si les critères cumulatifs suivants sont remplis : a) la mise en service de l'équipement lourd répond à la nécessité de faire évoluer les dispositifs d'investigations et de traitement de manière à toujours offrir aux patients l'accès à des prestations de qualité ; b) les coûts induits à charge de l'assurance obligatoire des soins, des pouvoirs publics ou des patients sont proportionnés par rapport au bénéfice sanitaire attendu ; c) le requérant dispose du personnel qualifié requis.

Oui : 6 (2 PDC, 4 PLR)

Non : 8 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)

Abst. : 1 (1 UDC)

L'amendement PLR/PDC est refusé.

Un député PLR indique que l'amendement suivant introduit des conditions pour l'octroi d'autorisation à l'installation des équipements lourds. La première est une convention de collaboration. On peut forcer la personne ayant cet équipement à ouvrir ce dernier à tous les médecins. Cela évite ainsi qu'il y ait une exclusivité sur un seul établissement. La question de la disponibilité est ici aussi abordée, de manière à éviter que l'on se retrouve dans une situation de monopole avec un acteur qui verrouille l'accès à certains examens ou prestations médicales. Le 3^e point vise à sortir de la confrontation public-privé en donnant des autorisations que s'il y a des PPP. On doit donc forcer tous les partenaires à travailler ensemble.

Amendement PLR/PDC :

⁴ (nouveau) Le Conseil d'Etat peut assortir l'autorisation de conditions, en particulier la mise en place d'une convention de collaboration entre les exploitants d'équipements, l'obligation d'une disponibilité de l'équipement lourd dans des horaires particuliers ou une convention entre partenaires publics et privés.

Oui : 7 (2 PDC, 4 PLR, 1 UDC)

Non : 8 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)

Abst. : -

L'amendement PLR/PDC est refusé.

Un député PLR indique qu'il retire l'amendement suivant (alinéa 7 devenu alinéa 4). Concernant l'amendement suivant, il déplore que la loi ne

fasse que restreindre l'installation de nouveaux équipements, alors que l'on a surtout besoin de connaître quelle est la situation en termes de nouveauté. Cela amène donc à mettre un place le dispositif de veille prévu dans cet amendement.

Amendement PLR/PDC :

⁴ (nouveau) Le département met en place, avec l'appui de la commission cantonale d'évaluation, un dispositif de veille et de suivi régulier de l'évolution de l'offre en équipements lourds et d'identification des situations problématiques.

Oui : 7 (2 PDC, 4 PLR, 1 UDC)
 Non : 8 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)
 Abst. : –

L'amendement PLR/PDC est refusé.

Vote d'ensemble de l'art. 33A :

Oui : 8 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)
 Non : 6 (2 PDC, 4 PLR)
 Abst. : 1 (1 UDC)

L'article 33A est accepté.

Un député PLR indique qu'il retire l'amendement prévu sur l'article 33B.

Concernant l'amendement suivant (art. 33C qui devient art. 33B), un député PLR explique qu'il s'agit d'éviter de devoir écrire une motion tous les 5 ans pour savoir quels sont les impacts de ce dispositif.

Le département explique qu'il n'y a pas de procédure automatique d'évaluation, mais qu'un tel exercice sera fait. Les clauses d'évaluation systématiques ont alimenté tous les rapports en retard auprès du Grand Conseil et font généralement l'objet d'une attention peu soutenue de la part de ce Grand Conseil. Il faut donc plutôt se méfier des évaluations systématiques.

Amendement PLR/PDC :

Art. 33B (nouveau) (anciennement Art. 33C)

¹ Le Conseil d'Etat rend un rapport au Grand Conseil tous les 5 ans portant sur le fonctionnement de ce dispositif régulateur et son impact sur les coûts de la santé à Genève.

Oui : 7 (2 PDC, 4 PLR, 1 UDC)
Non : 8 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)
Abst. : –

L'amendement PLR/PDC est refusé.

Article 138, alinéas 4 et 5

Un député PLR propose de supprimer l'article 138, alinéas 4 et 5. De grands doutes subsistent sur le fait que l'on puisse revenir en arrière. Il s'agit d'un article qui constitue une porte d'entrée pour des procédures judiciaires.

Le département rappelle que c'est une disposition centrale. La loi n'est pas rétroactive. Simplement, jusqu'à fin 2018, les besoins de la population étaient couverts. Si l'on veut de nouveaux appareils, il faut justifier de quelle manière cela amène une plus-value pour la population. Evidemment, les équipements acquis avant l'entrée en vigueur de la loi ne sont pas inclus. Tout ce qui est acquis avant la promulgation de la loi est autorisé, car on ne peut pas l'interdire. Ceux qui veulent acquérir des équipements en 2019 peuvent le faire, mais à partir de l'entrée en vigueur de la loi, toutes nouvelles demandes seront soumises à la loi.

Amendement PLR : suppression de l'article 138, alinéas 4 et 5

Oui : 6 (1 PDC, 4 PLR, 1 UDC)
Non : 8 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)
Abst. : –

L'amendement est refusé.

Art. 138, al. 4

Oui : 8 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)
Non : 6 (1 PDC, 4 PLR, 1 UDC)
Abst. : –

Art. 138, al. 5

Oui : 8 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)
Non : 6 (1 PDC, 4 PLR, 1 UDC)
Abst. : –

Art. 138 dans son ensemble

Oui : 8 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)

Non : 5 (1 PDC, 4 PLR)

Abst. : 1 (1 UDC)

L'art. 138 est adopté.

Art. 2 pas d'opposition, adopté**3^e débat**

Un député MCG indique qu'un consensus se dégagerait s'il y avait un amendement consistant à avoir dans la loi une commission d'évaluation avec un représentant du département, un représentant des HUG, un représentant des cliniques privées et un représentant de la médecine privée, bien que cela allait de toute manière être inclus par le Département dans le règlement. Il annonce redéposer l'amendement du DSES concernant l'article 33A, alinéa 2, nouvellement formulé.

² L'acquisition, la mise en service et l'utilisation de tout équipement médico-technique lourd, dans le domaine hospitalier ou ambulatoire public et privé, sont soumises à autorisation préalable du Conseil d'Etat, sur préavis d'une commission consultative, laquelle est composée de six membres nommés par le Conseil d'Etat : a) un représentant du département, b) un représentant des établissements publics médicaux, c) un représentant des cliniques privées, d) deux représentants des médecins privés dont un médecin de premiers recours et e) un représentant des associations actives dans la défense des assurés.

Un député PLR indique qu'il redépose l'ensemble de ses amendements et annonce être prêt à retirer à nouveau ces amendements si l'amendement du DSES est voté.

Amendement PLR/PDC : article 33A, alinéa 1

¹ (modifié) La régulation de l'offre d'équipements médico-techniques lourds vise à garantir des prestations de qualité, adaptées aux besoins de la population et contribuant équitablement à la maîtrise des coûts de la santé. Cette régulation ne doit pas freiner la mise en service de nouvelles technologies plus performantes apportant une meilleure efficacité de la prise en charge.

Oui : 5 (1 PDC, 4 PLR)
 Non : 8 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)
 Abst. : 1 (1 UDC)

L'amendement PLR/PDC est refusé.

Alinéa 1 initial :

Oui : 8 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)
 Non : 5 (1 PDC, 4 PLR)
 Abst. : 1 (1 UDC)

Amendement DSES concernant l'art. 33A, al. 2 (repris par le MCG) :

² L'acquisition, la mise en service et l'utilisation de tout équipement médico-technique lourd, dans le domaine hospitalier ou ambulatoire public et privé, sont soumises à autorisation préalable du Conseil d'Etat, sur préavis d'une commission cantonale d'évaluation, laquelle est composée de six membres nommés par le Conseil d'Etat : a) un représentant du département, b) un représentant des établissements publics médicaux, c) un représentant des cliniques privées, d) deux représentants des médecins privés dont un médecin de premiers recours et e) un représentant des associations actives dans la défense des assurés.

Oui : 8 (1 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG)
 Non : 6 (1 EAG, 3 S, 2 Ve)
 Abst. : –

L'amendement DSES est accepté.

Un député PLR indique qu'il retire l'ensemble des amendements PLR/PDC.

Alinéa 3 initial :

Oui : 8 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 MCG)
 Non : 5 (1 PDC, 4 PLR)
 Abst. : 1 (1 UDC)

Art. 33A tel qu'amendé :

Oui : 8 (1 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG)
 Non : 6 (1 EAG, 3 S, 2 Ve)
 Abst. : –

L'article 33A tel qu'amendé est accepté.

La présidente met aux voix l'ensemble du PL 12425 ainsi amendé :

Oui : 9 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 UDC, 2 MCG)

Non : 4 (4 PLR)

Abst. : 1 (1 PDC)

Le PL 12425 est accepté.

Conclusions

Plus il y a d'équipements lourds, plus les coûts augmentent. Il est clair que le risque de suréquipement induit une surmédicalisation. Genève et Bâle-Ville sont les lieux où l'on a la concentration la plus forte de spécialistes et où l'augmentation des coûts de l'ambulatoire est clairement plus élevée qu'ailleurs. Le coût par tête y est jusqu'à 150% plus élevé que dans le reste de la Suisse. La détermination des besoins doit être affinée. L'ambition de ce PL est précisément de donner la possibilité d'examiner la pertinence des demandes. Si un pôle devait se développer dans une clinique privée, il va de soi que le département lui donnera les moyens de remplir le mandat qui lui a été confié. Ce PL est *in fine* un outil de mise en cohérence. Il permet de dire parfois non, si le Conseil d'Etat estime qu'une demande n'est pas justifiée. Si un cabinet de radiologues affirme qu'ils veulent acheter un outil plus performant et moins irradiant, évidemment personne ne se prononcera contre. A contrario, il peut y avoir des établissements qui ne remplissent pas toutes les règles de déontologie et de qualité et donc que l'on ne peut pas leur garantir ad aeternam des remplacements. L'objectif poursuivi par ce PL est la maîtrise des coûts et le renforcement d'un système de santé de qualité. En ce sens nous vous invitons, Mesdames et Messieurs les député.e.s à le soutenir.

Projet de loi (12425-A)

modifiant la loi sur la santé (LS) (K 1 03) (*Equipements médico-techniques lourds*)

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

Art. 1 Modifications

La loi sur la santé, du 7 avril 2006, est modifiée comme suit :

Art. 5, al. 2, lettre c (nouvelle, la lettre c ancienne devenant la lettre d)

² A ce titre, il exerce les attributions suivantes :

- c) il régle l'offre d'équipements médico-techniques lourds, dans le domaine hospitalier ou ambulatoire public et privé ;

Chapitre IVA Régulation des équipements médico-techniques lourds (nouveau)

Art. 33A Principes (nouveau)

¹ La régulation de l'offre d'équipements médico-techniques lourds vise à garantir des prestations de qualité, adaptées aux besoins de la population et contribuant équitablement à la maîtrise des coûts de la santé.

² L'acquisition, la mise en service et l'utilisation de tout équipement médico-technique lourd, dans le domaine hospitalier ou ambulatoire public et privé, sont soumises à autorisation préalable du Conseil d'Etat, sur préavis d'une commission cantonale d'évaluation, laquelle est composée de six membres nommés par le Conseil d'Etat :

- a) un représentant du département ;
- b) un représentant des établissements publics médicaux ;
- c) un représentant des cliniques privées ;
- d) deux représentants des médecins privés, dont un médecin de premier recours ;
- e) un représentant des associations actives dans la défense des assurés.

³ Les équipements soumis à autorisation et la procédure de régulation sont fixés par voie réglementaire.

Art. 138, al. 4 et 5 (nouveaux)***Modification du ... (à compléter)***

⁴ Les besoins en matière d'équipements médico-techniques lourds sont réputés couverts à compter du 31 décembre 2018.

⁵ Toute demande d'acquisition, de mise en service ou d'utilisation de tels équipements est par conséquent examinée en fonction des équipements recensés au 31 décembre 2018.

Art. 2 Entrée en vigueur

La présente loi entre en vigueur le lendemain de sa promulgation dans la Feuille d'avis officielle.

Date de dépôt : 15 octobre 2019

RAPPORT DE LA MINORITÉ

Rapport de M. Pierre Conne

Mesdames et
Messieurs les députés,

En résumé, ce projet de loi introduit une action de l'Etat sur l'acquisition, la mise en service et l'utilisation de tout équipement médico-technique lourd, dans le domaine hospitalier ou ambulatoire public et privé, et vise ainsi à contenir une partie de l'accroissement des prestations médicales à charge de l'assurance maladie.

La version initiale du projet de loi dispose que

- « l'autorisation préalable du Conseil d'Etat [est fondée] sur [le] préavis du département ».

Au 3^e débat, un amendement PLR/PDC sous-amendé par M. le CE Mauro Poggia a été adopté par 8 oui (1 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG) contre 6 non (1 EAG, 3 S, 2 Ve) qui dispose que

- « l'autorisation préalable du Conseil d'Etat [est fondée] sur [le] préavis d'une commission cantonale d'évaluation, laquelle est composée de six membres nommés par le Conseil d'Etat: a) un représentant du département ; b) un représentant des établissements publics médicaux ; c) un représentant des cliniques privées ; d) deux représentants des médecins privés, dont un médecin de premier recours ; e) un représentant des associations actives dans la défense des assurés.

Le passage obligé par une commission consultative, composée non seulement de représentants d'établissements médicaux privés et publics mais aussi d'un médecin de premier recours/médecin de famille et d'un représentant des assurés, permettra de mieux argumenter les préavis sur lesquels les décisions du Conseil d'Etat seront prises.

L'intérêt supplémentaire de cette commission multipartite est d'encourager les acteurs à envisager des options de partenariat et de mutualisation des dispositifs médicaux.

Cependant, il ressort des travaux de commission et notamment des auditions que la maîtrise de l'offre d'équipements médico-techniques lourds est une opération hasardeuse dont les effets sur les coûts de la santé ne sont pas démontrés. A l'inverse, les effets négatifs d'un possible rationnement des outils médicaux sur la rapidité du processus clinique (diagnostic précis suivi du traitement adéquat) existent et doivent être évités.

Pour ces raisons, la minorité de la commission refuse ce projet de loi et vous invite à faire de même.

1. Introduction

Le montant des primes de l'assurance-maladie obligatoire des soins augmente chaque année inexorablement depuis l'adoption de la LAMal en 1996 et a atteint un niveau insupportable financièrement pour une large majorité de la population.

Cette croissance des primes est la conséquence de l'augmentation des « coûts de la santé », c'est-à-dire des coûts des prestations à charge de l'assurance-maladie.

Cependant, cette augmentation n'est pas une fatalité et la maîtrise de ces coûts est possible pour autant que tous les acteurs – qui ont souvent des intérêts contraires – s'accordent sur les défauts du système (mauvais incitatifs) à corriger, sur la manière d'entreprendre ces corrections et d'en mesurer l'effet.

Le « marché des soins est un marché de l'offre », autrement dit l'offre crée la demande : plus le nombre de médecins est élevé par rapport à la population desservie, plus le nombre d'installations médico-techniques est grand, plus les prestations augmentent¹. Ce mécanisme est d'autant plus puissant que les prestations médicales et médico-techniques (p. ex : laboratoire ; radiologie) sont facturées à l'acte sur la base d'une tarification cataloguée (TARMED) et négociée (valeur du point TARMED) qui échappe au mécanisme de régulation des prix par la concurrence.

2. Analyse des effets du PL

Le projet de loi vise à maîtriser l'offre d'équipements médico-techniques lourds (notamment les IRM, les CT-scan, l'angiographie digitalisée, la

¹ Densité de médecins en pratique privées et prestations nettes en francs par canton en 2017 – OFSP – Statistiques de l'assurance maladie obligatoire 2017

tomographie par émission de positrons, la tomographie d'émission monophotonique, les appareils de scintigraphie statique ou dynamique, les appareils de minéralométrie à rayons X et les robots de chirurgie) afin de contenir une partie de l'accroissement des prestations médicales à charge de l'assurance-maladie.

Cette disposition s'inspire de ce qui existe déjà dans d'autres cantons (Neuchâtel (depuis 1998), Tessin, Jura, Fribourg, Vaud et Valais).

Auditions

De l'ensemble de nos auditions nous retenons :

- Les prestations liées aux équipements visés par ce PL sont à charge de l'assurance obligatoire des soins. La prescription d'examen se fait toujours par le médecin traitant, et non par le radiologue.
- Avec le système des SwissDRG (forfait global d'hospitalisation), les prestations hospitalières sont remboursées par forfait en fonction du diagnostic et du traitement du patient. Les examens d'imagerie n'ont pas d'impact sur le forfait remboursé.
- Une offre insuffisante peut entraîner des délais d'attente jugés trop importants, ce qui peut conduire les patients à fréquenter des instituts hors canton qui ont des délais d'attente plus bas. Ces délais peuvent aussi avoir des conséquences néfastes sur l'accessibilité, la qualité des soins, l'état psychologique des patients ainsi que sur les coûts.
- L'évolution du coût total des prestations ambulatoires de CT et d'IRM (2011 à 2015), pour une sélection de cantons et la Suisse (NE ; FR ; GE ; TI ; VD ; BE ; JU) montre que Genève se situe dans la moyenne.
- Les pratiques de prescriptions et les habitudes de collaboration des médecins jouent également un rôle. Les patients ne décident que rarement de l'établissement où ils font leurs examens d'imagerie. Etant donné que les radiologues ne peuvent pas eux-mêmes prescrire d'examen d'imagerie, ce sont les médecins traitants qui déterminent une grande partie des flux de patients.
- Les patients peuvent vouloir bénéficier des meilleures technologies disponibles. La dotation en équipements de pointe est également liée à la qualité perçue, qui est un facteur clé dans le choix du prestataire et une raison de mobilité.

- Les Etats-Unis ont une longue expérience en matière de clause du besoin. Cette dernière a été initiée par l'Etat de New York en 1964 et portait le nom de *Certificate of Need*. Le *Certificate of Need* a été le sujet de nombreuses études académiques. Celles-ci montrent généralement que la clause du besoin a été inefficace pour contenir les coûts. Conover and Sloan (1998) ont suggéré que les prestataires ont réagi en augmentant le volume des prestations qui n'étaient pas régulées. Les auteurs mettent en évidence que le *Certificate of Need* n'est pas parvenu à contrôler les dépenses d'imagerie.
- En France, l'installation d'équipements médicaux lourds – dont les CT, IRM et PET – est soumise à autorisation. Le premier régime d'autorisation des EML date de 1970 pour les établissements privés, avec la création de la carte sanitaire. La loi hospitalière de 1991 étendit ce régime aux établissements publics. Globalement, ce système n'a pas permis de maîtriser les dépenses d'imagerie, et semble avoir favorisé une dégradation de la qualité de l'offre de soins.
- La Grande-Bretagne et les Pays-Bas ont mis l'accent sur le contrôle des irradiations reçues par les patients (qualité et sécurité).
- Système de remboursement dans le secteur ambulatoire en Suisse : TARMED est un système de paiement à l'acte, où chaque prestation médicale est facturée selon un tarif fixe. Le paiement à l'acte crée une incitation à faire croître les revenus en augmentant les volumes de prestations, mais aussi à se focaliser sur certaines prestations plus rentables. En l'absence de concurrence sur les tarifs, un décalage important entre le tarif de remboursement et le coût de certaines prestations génère une tendance à la spécialisation. Rétrécir son champ d'expertise permet non seulement de diminuer le coût de revient, mais aussi d'augmenter la productivité au fil du temps. Etant donné les économies d'échelles qui lui sont caractéristiques, l'imagerie médicale est particulièrement sujette à ces influences. Ce système pousse à effectuer des examens non indiqués, qui engendrent des coûts et des expositions aux radiations supplémentaires. Si des substitutions sont possibles entre des examens d'imagerie, il peut arriver que les prestataires se tournent vers l'examen le plus rentable, qui n'est pas toujours le plus adapté. Le patient n'est pas toujours à même d'évaluer l'adéquation de la prestation prescrite.

- Au vu de l'augmentation du nombre d'examens d'imagerie, la question de la légitimité d'un tel volume d'examens se pose. Selon Gaspoz², « 20 à 50% des examens d'imagerie de haute technologie n'auraient pas permis de fournir d'informations susceptibles d'améliorer l'état de santé des patients ».

La FMH et le surveillant des prix ont mené des études sur ce sujet qui arrivent à des conclusions similaires (15-25% des actes médicaux dans leur ensemble, et pas uniquement les examens d'imagerie de haute technologie, seraient inutiles voir dangereux).

- Le médecin traitant peut vouloir procéder à des examens « inutiles » pour se protéger contre d'éventuelles erreurs médicales, surtout dans des environnements litigieux, ou pour satisfaire aux demandes des patients. En effet, les patients s'impliquent de plus en plus dans les décisions de traitement, et exigent souvent eux-mêmes des examens d'imagerie dont ils ont entendu parler. Cependant, une meilleure communication entre le médecin et le patient, menant à une meilleure compréhension de la situation chez ce dernier, peut avoir plus d'impact sur la satisfaction du patient que le comblement de ses attentes concernant un test diagnostique.
- Les patients voient souvent les examens d'imagerie comme la marque d'une prise en charge consciencieuse. Cependant, un patient ne peut pas bénéficier d'un examen d'imagerie sans une prescription médicale de son médecin traitant.
- Il est tentant de conclure qu'une régulation de l'offre est une solution souhaitable pour maîtriser la hausse des dépenses. Cependant, les études sur ce sujet ne mettent en évidence que des associations, et non pas des liens de cause à effet. En particulier, l'impact d'une limitation de l'offre par une clause du besoin sur les dépenses de santé est difficile à évaluer. Les mécanismes par lesquels la disponibilité des équipements est associée aux dépenses sont complexes, et ne se limitent pas à l'induction de la demande par l'offre.
- La limitation de l'offre peut s'avérer néfaste si les besoins de la population ne sont pas satisfaits et si son état de santé en pâtit. De plus,

² Prof Jean-Michel Gaspoz, président de l'association *smarter medicine Choosing Wisely Switzerland* **Plus n'est pas toujours plus. Décidons ensemble.**

Un nombre croissant de traitements dispensés et d'examens effectués nuisent plus aux patients qu'ils ne leur sont bénéfiques. Il convient de remédier de toute urgence à cette situation. *smarter medicine* adhère au principe selon lequel un traitement ne doit être suivi que s'il est effectivement utile.

l'imagerie constitue une étape de la prise en charge, et l'impact de cette étape sur le coût du traitement ultérieur est difficile à quantifier.

- Les statistiques descriptives du coût par assuré dans le secteur ambulatoire ne montrent pas des coûts systématiquement plus bas pour les cantons ayant fait usage de la clause du besoin (Jura, Tessin et Neuchâtel).
- Les coûts ne sont pas la seule dimension à prendre en compte : le bénéfice potentiel de l'imagerie médicale est un facteur clé, et une réflexion doit être menée du point de vue coût-efficacité.
- La philosophie de la médecine et les pratiques ont évolué plus que les besoins. L'imagerie est devenue un outil fiable et rapide pour la pose de diagnostic. Elle s'est énormément développée ces dernières années, à la fois pour la planification des chirurgies (p. ex. opérations ostéo-articulaires) et les prises en charge ambulatoires. Ces dernières années, le CT scanner est passé d'un équipement « lourd » à un équipement courant, surtout avec l'apparition des scanners low-dose. L'IRM devient elle aussi un appareil d'usage courant, bien que les prix d'acquisition ne baissent pas. Ce sont donc aujourd'hui des équipements de routine, en particulier pour les hôpitaux, et ils continuent à se développer rapidement.
- L'imagerie est également destinée à se développer en parallèle des avancées dans la chirurgie robotisée. Enfin, la médecine nucléaire ouvrira d'importants créneaux dans le traitement des cancers, notamment grâce à de nouvelles thérapies couplées aux produits radio-pharmaceutiques.

En synthèse : la maîtrise de l'offre d'équipements médico-techniques lourds est une opération hasardeuse dont les effets sur les coûts de la santé ne sont pas clairement démontrés. A l'inverse, les effets négatifs sur la rapidité du processus clinique (diagnostic précis suivi du traitement adéquat) existent et doivent être évités.

3. Débats en commission

Pour rappel, *la formulation initiale PL 12425 est la suivante* :

La loi sur la santé, du 7 avril 2006, est modifiée comme suit :

Art. 5, al. 2, lettre c (nouvelle, la lettre c ancienne devenant la lettre d)

² A ce titre, il exerce les attributions suivantes :

c) il régule l'offre d'équipements médico-techniques lourds, dans le domaine hospitalier ou ambulatoire public et privé ;

Art. 33A Principes (nouveau)

¹ La régulation de l'offre d'équipements médico-techniques lourds vise à garantir des prestations de qualité, adaptées aux besoins de la population et contribuant équitablement à la maîtrise des coûts de la santé.

² L'acquisition, la mise en service et l'utilisation de tout équipement médico-technique lourd, dans le domaine hospitalier ou ambulatoire public et privé, sont soumises à autorisation préalable du Conseil d'Etat, sur préavis du département.

³ Les équipements soumis à autorisation et la procédure de régulation sont fixés par voie réglementaire.

Art. 138, al. 4 et 5 (nouveaux)**Modification du ... (à compléter)**

⁴ Les besoins en matière d'équipements médico-techniques lourds sont réputés couverts à compter du 31 décembre 2018.

⁵ Toute demande d'acquisition, de mise en service ou d'utilisation de tels équipements est par conséquent examinée en fonction des équipements recensés au 31 décembre 2018.

1^{er} débat

La minorité de la commission, composée des commissaires PLR et PDC, acquis au principe d'introduire une mesure visant à maîtriser l'augmentation de coûts de la santé, a voté l'entrée en matière.

2^e débat

Dans le cadre du 2^e débat, une série d'amendements visant à assurer une meilleure garantie de sécurité, de qualité et de faisabilité ont été présentés. Tous ont été refusés (sauf la *commission consultative*, en 3^e débat) par une majorité qui n'a pas souhaité comprendre les tenants et aboutissants de nos propositions.

Ces propositions d'amendements sont présentées ci-dessous. Elles introduisent les notions suivantes :

- Clarification de la gouvernance : Comme dans plusieurs cantons (ex. NE et VS), nous voulons introduire une commission consultative qui se charge d'évaluer les situations d'un point de vue des patients, des avancées technologiques et de l'économicité. Nous estimons que cela rend les décisions beaucoup plus saines et peut également éviter des recours. Je soulignerais également que cela évite les polarisations.

- Introduction de critères d’octroi : Nous avons également clarifié les critères en ajoutant la possibilité de conditionner l’octroi d’autorisations à des partenariats.
- Garantie de la qualité des équipements : Pour garantir la qualité de la prise en charge, nous devons éviter de garder des équipements obsolètes ou d’introduire des équipements de piètre qualité. Nous estimons ainsi qu’il vaut mieux autoriser le remplacement des équipements obsolètes plutôt que de se retrouver avec des équipements que l’on « tire » pour des années et des années. Nous demandons également au département de fixer la liste des équipements lourds sur recommandation de la commission plutôt que de fixer comme cela a été évoqué selon un montant minimal (ex. éviter d’introduire des équipements de mauvaise qualité mais bon marché).
- Evaluation de la loi : Nous ajoutons une évaluation régulière des effets de la loi pour comprendre son effet sur les coûts de la santé et l’adapter si besoin.

Propositions d’amendements, tous refusés en 2^e débat

Article 33A

¹ **(modifié)** La régulation de l’offre d’équipements médico-techniques lourds vise à garantir des prestations de qualité, adaptées aux besoins de la population et contribuant équitablement à la maîtrise des coûts de la santé. Cette régulation ne doit pas freiner la mise en service de nouvelles technologies plus performantes apportant une meilleure efficacité de la prise en charge.

² **(modifié)** L’acquisition, la mise en service et l’utilisation de tout équipement médico-technique lourd, dans le domaine hospitalier ou ambulatoire public et privé, sont soumises à autorisation préalable du Conseil d’Etat, sur préavis de la commission cantonale d’évaluation.

³ **(modifié)** Le Conseil d’Etat établit la liste des équipements lourds par voie d’ordonnance, sur préavis de la commission cantonale d’évaluation, et l’adapte périodiquement.

⁴ **(nouveau)** L’autorisation du Conseil d’Etat n’est pas requise lors du remplacement des équipements lourds existants. Un inventaire est établi par le Conseil d’Etat à l’entrée en vigueur de la loi. Les remplacements des installations figurant à l’inventaire doivent tous être annoncés au département qui est le garant de l’actualisation de l’inventaire. Cet inventaire est confidentiel. Seuls les exploitants, le Conseil d’Etat et les services concernés en ont connaissance.

⁵ **(nouveau)** Le Conseil d'Etat accorde l'autorisation si les critères cumulatifs suivants sont remplis :

a) la mise en service de l'équipement lourd répond à la nécessité de faire évoluer les dispositifs d'investigations et de traitement de manière à toujours offrir aux patients l'accès à des prestations de qualité ;

b) les coûts induits à charge de l'assurance obligatoire des soins, des pouvoirs publics ou des patients sont proportionnés par rapport au bénéfice sanitaire attendu.

c) le requérant dispose du personnel qualifié requis.

⁶ **(nouveau)** Le Conseil d'Etat peut assortir l'autorisation de conditions, en particulier la mise en place d'une convention de collaboration entre les exploitants d'équipements, l'obligation d'une disponibilité de l'équipement lourd dans des horaires particuliers ou une convention entre partenaires publics et privés.

⁷ **(nouveau)** Les décisions du Conseil d'Etat doivent être rendues dans un délai de six mois à compter de la transmission du dossier complet à la commission cantonale d'évaluation. Les décisions qui s'écarteraient des préavis de la commission cantonale d'évaluation sont susceptibles d'un recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal.

⁸ **(nouveau)** Le département met en place, avec l'appui de la commission cantonale d'évaluation, un dispositif de veille et de suivi régulier de l'évolution de l'offre en équipements lourds et d'identification des situations problématiques.

Art. 33B (nouveau)

¹ Une commission cantonale d'évaluation est instituée. Elle établit ses préavis dans la mise en œuvre du dispositif de régulation des équipements lourds en tenant compte des besoins et des études scientifiques existantes.

² Elle est composée en principe de neuf membres nommés par le Conseil d'Etat :

a) un membre désigné par le Conseil d'Etat qui en assure la présidence ;

b) trois membres représentant les exploitants des équipements lourds, soit :

a. un représentant des établissements privés situés à Genève (Genève Cliniques) ;

b. un représentant des HUG ;

c. un représentant de l'Association des médecins de Genève ;

- c) un représentant des assureurs proposé par leurs associations représentatives ;
- d) un médecin de premier recours ;
- e) un expert indépendant ;
- f) un représentant d'une association genevoise de patients.

² Chaque membre de la commission cantonale d'évaluation, y compris le président, possède une voix. Les décisions sont prises à la majorité simple des membres présents. Le président tranche en cas d'égalité.

³ Le secrétariat est assuré par le département, de même que le suivi scientifique et technique.

Art. 33C (nouveau)

¹ Le Conseil d'Etat rend un rapport au Grand Conseil tous les 5 ans portant sur le fonctionnement de ce dispositif régulateur et son impact sur les coûts de la santé à Genève.

Art. 138, al. 4 et 5 (nouveaux) Biffé

Modification du ... (à compléter)

⁴ Les besoins en matière d'équipements médico-techniques lourds sont réputés couverts à compter du 31 décembre 2018.

⁵ Toute demande d'acquisition, de mise en service ou d'utilisation de tels équipements est par conséquent examinée en fonction des équipements recensés au 31 décembre 2018.

3^e débat

L'amendement PLR/PDC introduisant une commission consultative est sous-amendé par M. le CE Mauro Poggia et prend la formulation suivante :

Art. 33A, al. 2 :

² L'acquisition, la mise en service et l'utilisation de tout équipement médico-technique lourd, dans le domaine hospitalier ou ambulatoire public et privé, sont soumises à **autorisation préalable du Conseil d'Etat, sur préavis d'une commission cantonale d'évaluation**, laquelle est composée de six membres nommés par le Conseil d'Etat :

- a) un représentant du département ;
- b) un représentant des établissements publics médicaux ;
- c) un représentant des cliniques privées ;

- d) deux représentants des médecins privés, dont un médecin de premier recours ;
- e) un représentant des associations actives dans la défense des assurés.

Cet amendement a été adopté par 8 oui (1 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG) contre 6 non (1 EAG, 3 S, 2 Ve).

Commentaire : cet amendement introduit une commission cantonale consultative de 6 membres chargée de préavisier, pour le Conseil d'Etat, les autorisations d'acquisition, de mise en service et d'utilisation de tout équipement médico-technique lourd, dans le domaine hospitalier ou ambulatoire, public et privé (dans la version initiale du PL, l'autorisation du Conseil d'Etat est donnée sur préavis du département).

4. Conclusions

Mesdames et Messieurs les députés,

La maîtrise de l'offre d'*équipements médico-techniques lourds* est une opération hasardeuse dont les effets sur les primes de l'assurance-maladie obligatoire ne sont pas démontrés.

A l'inverse, les effets négatifs d'un possible rationnement des outils médicaux sur la rapidité et la précision du processus clinique (diagnostic exact suivi du traitement adéquat) existent et doivent être évités.

Finalement, le problème de gouvernance que pose cette nouvelle disposition, avec un Conseil d'Etat juge et partie en tant que pilote des HUG, n'a été que partiellement résolu par l'instauration d'une commission consultative.

Pour ces raisons, la minorité de la commission refuse ce projet de loi et vous invite à faire de même.