

Date de dépôt : 11 août 2020

Rapport

de la commission de la santé chargée d'étudier :

- a) **RD 1315-A Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la planification sanitaire du canton de Genève 2020-2023**
- b) **R 901-A Proposition de résolution du Conseil d'Etat approuvant le rapport de planification sanitaire du canton de Genève 2020-2023**

Rapport de M^{me} Jocelyne Haller

Mesdames et
Messieurs les député.e.s,

Le rapport divers 1315 et la résolution 901 ont été traités conjointement lors des séances des 8 et 15 mai 2020, ainsi que les 12 et 19 juin 2020. Ce sont sous les présidences successives de M^{me} Marjorie de Chastonay et de M. Pierre Nicollier que ces objets ont été examinés par la commission de la santé. Les procès-verbaux ont été tenus avec précision par M^{me} Mariama Laura Diallo, et M^{me} Eliane Monnin en une occurrence ; qu'elles soient toutes deux vivement remerciées pour la qualité de leurs retranscriptions des travaux de ces séances.

M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat du DSES, M. Adrien Bron, directeur général de la direction générale de la santé (DSES), M^{me} Anne Etienne, directrice du service juridique (DSES), et M. Nicolas Müller, directeur du service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP – DSES), ont assisté les membres de la commission durant leurs travaux. Leurs apports, leurs éclaircissements, et leurs positionnements ont facilité grandement les travaux de ces derniers.

Quatre préalables avant de rendre compte des travaux de commission

1. La crise sanitaire provoquée par la Covid-19 et le RD 1315

D'emblée plusieurs commissaires ont questionné le département sur l'absence de mention dans le rapport de planification 2020-2023 des multiples problématiques induites par la crise sanitaire à laquelle nous – comme le monde entier à des degrés divers – sommes confrontés. Ces commissaires estimant que l'ampleur de cette crise et le fait que cette planification sanitaire soit examinée près de 3 mois après le déclenchement des mesures auraient pu justifier une note spécifique, voire un avenant amorçant la prise en compte de cette dimension. La réponse s'est imposée immédiatement, ce rapport divers et sa résolution afférente ont été déposés pour la date de dépôt du 11 décembre 2019, à un moment où la contamination ne s'était pas encore étendue en Suisse et à Genève.

Depuis lors, nous avons pu prendre conscience de la crise sanitaire, économique et sociale – sans précédents depuis des décennies – que nous aurons à affronter ces prochaines années. A l'évidence, elle aura des incidences sur la planification 2020-2023. Ces dernières nécessiteront des corrections, des réactualisations de cette planification en fonction des éléments de connaissance disponibles.

M. Poggia indique à cet égard que le rapport sur la Covid-19 sera établi cet automne, car il importe de laisser une trace de ce qui a été fait. *« Il sera soumis aux députés et il fera le résumé de tout ce qui a été mis en place au niveau des HUG et de la planification cantonale. Il ne sera sans doute pas joint à la planification sanitaire car c'est une procédure hybride. »*

2. Une définition, un commentaire

Pour plus de commodités, à l'intention des profanes mais aussi pour mieux cerner les objectifs de cette planification sanitaire, en rappel voici la définition qui apparaît en introduction du rapport y relatif.

« La planification sanitaire cantonale a comme objectif de déterminer l'évolution des besoins en soins de la population du canton de Genève et de définir les moyens de les satisfaire de la façon la plus rationnelle et la plus économique possible. »

La planification sanitaire « vise à améliorer l'efficacité du réseau de soins et du système de de santé genevois et à offrir des soins accessibles, appropriés et de qualité à la population, le tout dans le respect du cadre légal. Les besoins sont estimés à l'aide de modèles de projection spécifiques, »

constitués d'hypothèses relatives à l'évolution démographique et épidémiologique, ainsi que sur des objectifs de santé publique.

En tant qu'outil d'aide à la décision, la planification sanitaire permet au canton de fixer les priorités et d'allouer les ressources correspondantes. Il n'y a toutefois pas d'automatisme entre les besoins estimés par la planification et leur financement. A ce titre, les résultats des projections demeurent indispensables pour l'élaboration des budgets nécessaires à la couverture adéquate des besoins en soins et pour la planification des investissements indispensables au réseau de soins genevois. »

La lecture de ce rapport de planification sanitaire 2020-2023, particulièrement technique, truffé de statistiques et de tableaux peut paraître de prime abord fastidieuse. Or, à l'exercice, elle se révèle particulièrement intéressante. Elle s'avère particulièrement parlante en ce qui concerne l'analyse des situations des différents domaines d'activités sanitaires et médico-sociales ainsi que du contexte dans lesquelles celles-ci doivent se déployer. Le rapport ouvre des perspectives cruciales non seulement pour aborder les défis de l'augmentation de la démographie, du vieillissement de la population et du développement de certaines pathologies, mais il introduit aussi des pistes particulièrement pertinentes pour ouvrir des alternatives à l'hospitalisation, à l'institutionnalisation, voire à la non-prise en soins ; en particulier dans le domaine de la psychiatrie.

Il ouvre la voie à d'autres modes de prises en soins et de réponse aux besoins sanitaires de la population. Il ouvre surtout une brèche sur une indispensable réflexion sur la nécessité d'autres modes de faire permettant non seulement une réponse plus adéquate dans le domaine des soins stationnaires ou ambulatoires, mais postule que ces pratiques plus en phase avec le bien-être des patients pourraient s'avérer moins coûteuses.

Pour mieux appréhender ces éléments la rapporteuse invite les lecteurs.trices à se référer au RD 1315.

Ceci posé, on ne peut manquer d'opposer l'ouverture de ces voies aux contraintes budgétaires qui déterminent de manière systématique l'allocation des moyens mis à disposition des services à la population. Ainsi, à l'énoncé du nombre de postes et du développement des nouveaux modes de prise en charge des patients préconisés l'on se prend à rêver de service et d'unités ne travaillant plus sous la contrainte de la surcharge ou invariablement à flux tendu. Reste à vérifier si notre parlement est prêt à aller au bout de la logique sanitaire qui nous est proposée par cette planification.

3. *Une présentation partielle de la planification sanitaire*

Il est indispensable de relever ici que si la commission lors de ses travaux a considéré qu'elle traitait de la planification sanitaire, et a régulièrement utilisé ce vocable ; cela n'a pas été à proprement parler le cas. L'emploi de ce terme en l'occurrence n'était pas approprié au motif que si l'on se réfère à la loi sur la santé l'on constate que celle-ci prévoit en son article 28 alinéa 2 que : « **la planification sanitaire comprend deux volets, celui du plan cantonal de promotion de la santé et de prévention ainsi que celui de la planification des soins.** »

Ainsi, formellement si la commission a travaillé sur la planification des soins, elle ne l'a pas fait sur le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention, ainsi que l'ont fait remarquer des députées socialiste et Verte. Celles-ci, appuyées par d'autres commissaires ont émis le vœu que prochainement la commission puisse traiter le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention afin que l'on puisse considérer que la planification sanitaire ait été examinée dans son intégralité.

Cela étant pour rester en phase avec la teneur des travaux et les propos des commissaires – mais moyennant la précision ci-dessus – la rapporteuse se référera au terme de planification sanitaire dans la rédaction de ce rapport.

4. *Corriger la planification sanitaire : une injonction du TAF*

Outre ses éléments constitutifs liés notamment à l'augmentation démographique et au vieillissement de la population, la planification sanitaire pour la période 2020-2023 se caractérise par l'intégration d'un nouvel élément particulièrement déterminant, à savoir les contraintes imposées par l'arrêt du Tribunal administratif fédéral (TAF), du 16 janvier 2019, faisant suite au recours d'une clinique privée contre la précédente liste hospitalière. Cette décision du TAF a conduit à une adaptation de la méthode de planification et de répartition des mandats entre les établissements privés et publics. Elle a nécessairement induit de nécessaires adaptation de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LaLAMal) que les l'on retrouve dans les PL 12558 et 12667. Ceux-ci font l'objet de rapports de commission y relatifs distincts.

Les modalités de financement s'avèreront dorénavant plus favorables aux acteurs privés de l'aide à domicile ou du domaine hospitalier, ces derniers pourraient donc prendre une part plus importante à la prise en charge des besoins sanitaires des assurés LAMal moyennant certains critères.

Jusqu'alors les négociations entre l'Etat et les cliniques privées avaient abouti à un compromis que M. Poggia définit comme suit : « *attribuant*

l'ensemble des missions médicales soumises à appel d'offres à toutes celles qui en avaient fait la demande, alors qu'en pratique, le canton aurait pu restreindre le nombre de prestataires dans chacune des missions concernées. Cet assouplissement des critères de la loi fédérale a concrètement bénéficié aux cliniques genevoises, qui ont en revanche toujours contesté la limitation du nombre de cas qui leur étaient attribués annuellement ». C'est dans ce contexte qu'est intervenue la décision du TAF basé sur l'avis de ce dernier que « la planification cantonale ne serait pas conforme à la législation fédérale ». »

Cet arrêt « déploie d'importantes conséquences sur la planification 2020-2023, rendant inévitable une profonde révision de la méthode de planification utilisée jusqu'alors :

- L'évaluation des besoins en soins et leur couverture par la liste hospitalière doit prendre en compte l'intégralité des assurés LAMal, y compris ceux bénéficiant d'une assurance complémentaire d'hospitalisation privée/semi-privée.*
- L'attribution des missions de la liste hospitalière et des cas correspondants aux établissements doit se faire de la même manière pour les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) que pour les cliniques privées (égalité de traitement).*
- La fixation d'un taux minimum de patients au bénéfice de la seule assurance de base n'est admissible dans les mandats des cliniques privées que si les HUG sont soumis à la même obligation. Dans les faits, ce principe a toujours été respecté, puisque l'hôpital cantonal est soumis de par la législation cantonale à une obligation d'admission de tous les patients qui requièrent des soins. Les statistiques fédérales officielles prouvent que le pourcentage de patients soignés aux HUG et ne bénéficiant que de l'assurance de base dépasse systématiquement 75%, taux imposé aux cliniques privées dans le cadre de leurs mandats de prestations depuis 2015. Cependant, dans son arrêt du 16 janvier 2019, le tribunal a estimé que la planification cantonale ne respectait pas ce critère en considérant la division privée de l'hôpital cantonal comme une entité séparée de la division commune. Il s'agit, aux yeux du planificateur, d'une erreur d'interprétation flagrante du tribunal, puisque les HUG ne forment qu'une seule et unique entité juridique. Malheureusement, l'arrêt du TAF concerné constitue une décision définitive de dernière instance, qui n'était pas sujette à droit de recours. C'est pourquoi les modalités contractuelles du mandat de prestations des HUG ont été adaptées à la jurisprudence, sans aucune conséquence, ni pour les patients, ni pour l'hôpital.*

- *Le financement par mandat de prestations, avec une enveloppe fixe prédéfinie par établissement n'est pas conforme, car la loi sur l'assurance-maladie prévoit un financement à la prestation, non lié à un établissement plutôt qu'à un autre.* »

Présentation de la planification sanitaire 2020-2023

M. Nicolas Müller, directeur du SNEP, indique qu'il se bornera à faire un ample tout d'horizon de la planification sanitaire en question, qu'il complètera celle-ci par des explications nécessaires à la compréhension du processus en cours et de son contexte.

Il rappelle donc que l'article 39 LAMal stipule que l'admission des établissements stationnaires et des établissements médico-sociaux (EMS) pour la facturation à charge de l'assurance obligatoire de soins (OAS) relève de la planification cantonale qui établit une liste ad hoc. Cette tâche relève de la compétence du Conseil d'Etat. La présence sur cette liste garantit les financements nécessaires. La loi sur la santé prévoit, quant à elle, l'élaboration d'une planification sanitaire quadriennale, qui doit être approuvée par le Grand Conseil.

M. Müller décrit l'organisation du rapport en quatre sous-projets. Il souligne que la partie de l'ambulatorio y est exposée plus succinctement, car elle se distingue par le peu de participation financière de l'Etat et de planification. Il évoque ensuite la manière dont ont été élaborés les différentes parties de la planification qui nous est présentée et quels en ont été les acteurs.trices. Il mentionne la commission consultative de planification hospitalière dans laquelle sont représentés les cliniques et médecins privés, les HUG, les assureurs et le département; puis la Commission de coordination du réseau de soin qui a été impliqué dans les discussions sur la planification médico-sociale.

Pour la suite, afin d'éviter de fastidieuses et inutiles paraphrases, la rapporteuse reproduira en italique, telle quelle dans sa majeure partie la présentation de M. Müller, et plus loin les passages difficilement synthétisables ou engageant leurs auteurs pour éviter de trahir leur pensée.

• Base de la méthode

« La première étape de planification est de définir le recours aux soins actuels. Ensuite, on choisit un scénario de projection démographique, pour voir comment évolue la population par classe d'âge, sachant qu'un des aspects les plus importants est le vieillissement de la population. Finalement, il y a l'évaluation de l'évolution des besoins futurs. Il précise qu'à chaque

étape, il y a une marge d'erreur. Les projections ne prédisent pas l'avenir mais c'est un champ des possibles et quand on évalue les besoins futurs, on le fait en projetant les besoins actuels et en formulant des hypothèses sur l'évolution du recours au soin, ce qui peut avoir un impact sur l'évaluation des places en EMS, par exemple. Tous les chiffres issus de la planification sont des chiffres qui sont une addition d'hypothèses. Il y a des nombres de cas à l'unité, ce sont des ordres de grandeur. »

- **Recours aux soins actuels**

La planification repose sur la collecte des données de base. Elle doit être objectivable. Il est donc fait recours aux données fournies par l'office fédéral de la statistique (OFS), l'office cantonal de la statistique (OCSTAT) ou l'observatoire suisse de la santé (OBSAN). Lorsque des données plus détaillées sont nécessaires pour affiner les analyses et ajuster les modèles, les HUG et l'IMAD fournissent des données complémentaires.

- **Evolution démographique**

A ce propos, il est référé aux données de projections démographiques produites par l'OCSTAT. Ces projections se basent sur trois hypothèses, à savoir l'évolution de la fécondité, de la mortalité et du solde migratoire.

M. Müller retient qu'à Genève la mortalité et la fertilité sont les indicateurs qui évoluent faiblement. C'est en revanche sur le solde migratoire que se marque particulièrement la différence dans notre canton. Il indique qu'ils ont retenu *« le scénario moyen basé sur l'évolution 2010-2015 qui reste assez optimiste en termes de volume de solde migratoire qui était relativement élevé par rapport aux années précédentes »*.

- **Pyramide des âges**

« Le scénario 4, en vert, est à porte fermée, c'est-à-dire si personne n'entrait ni ne sortait du canton. On remarque dans ce scénario une forte diminution des personnes en âge actif, par contre les personnes âgées augmentent fortement. Il permet de montrer à quel point l'apport de main d'œuvre étrangère et jeune constitue un élément important dans l'évolution démographique du canton. Quel que soit le scénario, l'écart dans les personnes âgées entre la situation en 2015 et en 2040 est le même et c'est le vieillissement de la population qui est systématique. Il n'y a pas une baisse drastique des enfants et une stabilisation des classes d'âge actives. »

- **La planification médico-sociale**

« La planification médico-sociale concerne les établissements médico-sociaux, les soins à domicile et les structures intermédiaires. L'importance d'un modèle de planification est qu'il doit permettre de faire des hypothèses épidémiologiques, par exemple comment les personnes vont vieillir, ou de politique publique, par exemple, est-ce que l'on veut augmenter ou baisser le maintien à domicile. Quand on fait une hypothèse pour un type de structure, on provoque forcément un autre effet pour les autres types de structures. Si on permet le maintien à domicile, cela a un impact sur les EMS. En termes de scénarios épidémiologiques, il y a l'évolution de l'état de santé de la population âgée, la politique de prise en charge et en ce qui concerne les soins à domicile, comment va évoluer la santé des personnes suivies à domicile.

Si on voulait prendre en compte tous les scénarios et hypothèses, on se retrouverait avec 54 résultats possibles, cela n'apporte rien pour l'aide à la décision. C'est pour cela que pour chacun des scénarios, ils ont fait des choix de manière concertée avec les commissions susmentionnées. »

- **Hypothèses retenues**

« Les hypothèses retenues sont que les années de vie gagnées sont des années en bonne santé. Les dernières études épidémiologiques ne permettent pas vraiment de trancher, dans le doute ils ont gardé cette idée simple. La seconde hypothèse est que le seuil de maintien à domicile est presque atteint : le taux de recours de soins à domicile à Genève est élevé en comparaison aux autres cantons. Il a pour effet que le taux de recours aux EMS est relativement bas par rapport au taux de recours en Suisse. La plus grosse différence est le taux de recours aux EMS pour les 65-79 ans qui est très bas à Genève. C'est le revers de l'importance des soins à domicile. L'évolution du nombre moyen d'heures de soins à domicile reste stable parce que des cas très complexes et en même temps très peu complexes sont traités et en termes de moyenne, ça ne bouge pas tellement ; l'étendue du type de prise en charge augmente. »

- **Principaux résultats**

« Pour les EMS, on s'attend à une croissance de 1,6% du nombre de lits long-séjour (LS) en 2023 à 4 468 unités... Pour l'instant, on arriverait à un déficit de 209 unités de lits en 2023. Ils ont pris en compte dans les estimations, les personnes en attente de placement aux HUG et les personnes

en maintien à domicile nécessitant des soins très lourds et c'est pour cela qu'on arrive à un besoin aussi élevé.

Le secteur des soins à domiciles (SAD) croit de manière constante, soit 2,3% de croissance annuelle moyenne du nombre d'heures en 2023 à 1 083 944 heures pour l'ensemble des fournisseurs de prestations, soit 135 754 de plus qu'en 2017. Pour les immeubles avec encadrement pour personnes âgées (IEPA), on envisage une croissance annuelle moyenne de 4,9% du nombre de logements en 2023 à 1 809 unités, soit 450 de plus qu'en 2017. »

• **Planification hospitalière**

Les hypothèses retiennent comment les taux d'hospitalisation par type de cas vont évoluer les années prochaines, afin d'estimer quelles sont les maladies émergentes pour lesquelles il faut se préparer. L'autre paramètre sur lequel ils émettent des hypothèses est la durée de séjour moyenne *« sachant qu'en termes de planification, la durée de séjour moyenne n'est utile que pour la réadaptation et la psychiatrie. Pour les soins aigus et avec les forfaits hospitaliers, la notion de durée n'a plus vraiment de sens. La planification hospitalière concerne les cas stationnaires LAMal de résidents genevois, y compris ceux soignés dans un autre canton, dans trois types de soins : les soins aigus (~54 000 cas en 2016), la réadaptation (~8400 cas pour 274 000 journées) et la psychiatrie (~3600 cas pour 128 000 journées). »*

Les chiffres utilisés datent de 2016, car ils s'agissaient des chiffres les plus récents lorsque les travaux de planification ont été entamés. Malheureusement, il y a toujours un important problème de décalage temporel des données statistiques. Ce qui peut conduire à l'impression que les résultats *« peuvent paraître datés maintenant qu'on est en 2020 »*.

« Pour la planification hospitalière, le moyen d'action principal est l'édition d'une liste hospitalière censée recenser tous les établissements qui vont servir à couvrir les besoins en soins. Pour chaque établissement, il faut définir pour quelles prestations ils peuvent couvrir les besoins en soin. A Genève, le taux d'hospitalisation en soins aigus est bas par rapport à la moyenne suisse. On constate que le virage ambulatoire n'a pas lieu partout en Suisse. C'est pareil pour la psychiatrie, le séjour moyen et le taux d'hospitalisation sont plus bas. Pour la réadaptation c'est l'inverse, le taux d'hospitalisation est plus élevé et c'est logique parce qu'on remarque que c'est dans les catégories d'âges élevées que le taux d'hospitalisation est plus élevé, on essaie de maintenir les personnes à domicile donc elles font des séjours en réadaptation qui ont pour but le retour à domicile. »

- **Hypothèses retenues**

Lors des séances de la commission de planification hospitalière, la question de la définition des prochaines « top-maladies » a été abordée. Les HUG, qui détiennent une masse de données épidémiologiques, se sont mis à disposition pour faire cette analyse. Deux éléments en sont ressortis : l'observation d'une augmentation des cas d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque, et une augmentation des hospitalisations pour tumeurs secondaires. *« Ce sont les deux hypothèses retenues et c'est important car on a un modèle qui classe les cas dans 135 groupes de prestation et le modèle de planification regarde le taux d'hospitalisation dans chacune des catégories ; on fait ensuite l'hypothèse qu'il restera constant dans le temps, soit que le taux d'hospitalisation pour ces maladies va augmenter en même temps que la population. »*

Un autre effet est important c'est que l'OFSP a édicté une liste « ambulatoire avant stationnaire » avec une série de traitements qui doivent se faire en priorité en ambulatoire sauf si des critères médicaux ou sociaux l'empêchent. Les données de 2016 comportaient encore des cas qui auraient dû être faits en ambulatoire mais qui ont été faits en stationnaire donc on a adapté le modèle pour voir parmi ces cas faits en stationnaire et selon la nouvelle liste, combien auraient pu être gérés en ambulatoire. On a une augmentation des cas due au taux d'hospitalisation et une baisse des cas d'hospitalisation due au fait que certaines des hospitalisations qui en 2016 se faisaient en stationnaire ne se feront plus qu'en ambulatoire à partir de 2019. Le niveau d'ambulatorisation était déjà élevé en 2016, ce qui est cohérent avec le taux d'hospitalisation plutôt bas que l'on a à Genève par rapport au reste de la Suisse. »

- **Nouveau modèle de classification**

« Depuis 2020, ils utilisent un nouveau modèle de planification, qui s'appelle le GPPH (groupe de prestations pour la planification hospitalière). Il est élaboré par la DS Zurich, avec l'aide de plus de 100 spécialistes et mis à jour annuellement. Il est recommandé par la CDS et utilisé par la quasi-totalité des cantons. Il permet des groupes de prestations médicalement pertinents. Pour chacun de ces groupes, des exigences médicalement fondées sont inscrites sur le modèle. Ces exigences portent sur la disponibilité des spécialistes, les urgences, le niveau de soins intensifs, etc. L'autre avantage est la facilitation du travail intercantonal. »

- **Principaux résultats**

« L'évolution annuelle moyenne du nombre de cas en soins aigus est similaire à celle de la période 2016-2019, soit environ 1,6% d'augmentation par an ou 900 cas par an. Le moyen d'action est le renouvellement de la liste pour couvrir les besoins. Pour la psychiatrie, il s'agit de 24 lits supplémentaires pour la période 2020-2023 et un des buts du rapport est de proposer des voies alternatives dont pour la psychiatrie, un grand travail a été fait avec des psychiatres privés et les HUG pour discuter de changements dans la prise en charge. Cela passe par plus de travail en ambulatoire, par des équipes mobiles qui iraient plus dans des foyers. C'est aussi améliorer les structures en aval. Il y a des personnes qui sont en fin de traitement, il faut qu'elles aient un endroit où aller qui ne soit pas un environnement hospitalier et qui coûte moins cher car il n'y a pas de personnel et de matériel. Le groupe de suivi a été mis en place pour faire un point sur l'avancée des recommandations. En ce qui concerne la réadaptation, il s'agit de 2,4% de croissance annuelle moyenne. Les besoins supplémentaires sont estimés à 37 lits d'ici 2023. C'est un domaine qui est assez complexe à cause de changements dans la structure tarifaire. »

- **Besoins en professionnels de santé**

« Le modèle se base sur les projections de planification hospitalière et médico-sociale, c'est-à-dire que le besoin en personnel est estimé en fonction du nombre de cas supplémentaires estimés dans la planification précédente. Ça se base sur le taux d'occupation du personnel, les effectifs au 31 décembre et les futurs départs à la retraite. Les secteurs de prise en charge considérés sont les hôpitaux (soins aigus, psychiatrie et réadaptation), les EMS et les aides et soins à domicile. »

- **Résultats**

« Annuellement, pour couvrir les besoins en personnel, 360 personnes par an en plus dans le domaine hospitalier sont nécessaires, dont 161 infirmières pour les hôpitaux. Pour les EMS, c'est un mélange de création de postes, de remplacements et de départs à la retraite, et entre 153 et 198 personnes annuellement seraient nécessaires. Enfin, dans l'OSAD, ce serait entre 116 et 143 personnes par an qui seraient nécessaires pour combler les besoins. »

- **Liste hospitalière**

« *Le moyen d'action pour couvrir les besoins hospitaliers c'est la liste hospitalière qui est le résultat de la planification cantonale et qui vise à inscrire les établissements hospitaliers qui pourront facturer à charge de l'AOS (assurance obligatoire des soins) pour certaines des prestations qui leur ont été attribuées* ». L'arrêt du TAF de janvier 2019 a forcé le département à revoir la manière dont avait été établie cette liste hospitalière. Le champ de cette liste a dû être revu et la nouvelle liste hospitalière a démarré au 1^{er} janvier 2020.

Les principales modifications sont qu'auparavant les besoins en soins à couvrir correspondaient aux cas ne bénéficiant que de l'assurance obligatoire des soins. Cela été jugé contraire au droit. Dorénavant les besoins en soins correspondent à l'intégralité des cas bénéficiant de l'assurance obligatoire des soins (y c. ceux avec une assurance complémentaire). Dans la précédente planification, les cas soumis à appel d'offres correspondaient à ceux qui n'étaient pas effectués par les HUG. Désormais, tous les cas LAMal ont été soumis à appel d'offres, donc toutes les cliniques privées et les HUG ont dû postuler en disant quelles prestations ils voulaient assurer et pour combien de cas.

« *Auparavant, les établissements privés inscrits sur la liste avaient une enveloppe financière fixe. Maintenant, les établissements inscrits sur la liste ne sont pas limités en nombre maximal de cas LAMal. Par contre la nouveauté est qu'ils doivent soigner au moins 50% de cas d'assurés de base dans le paquet de base et au moins 50% dans les prestations spécialisées. Dans ce modèle GPPH, il y a les prestations de base (hernies, appendicites, etc.), puis il y a les prestations spécialisées (chirurgie viscérale, thoracique, cardiologie, etc.). Le but est d'ouvrir la possibilité aux cliniques privées de faire autant de cas qu'elles veulent mais le canton a le droit de vérifier que l'obligation d'admettre est bien respectée, elle implique qu'il n'y a pas de sélection des cas à l'entrée de la clinique en fonction de son assurance, ce qui n'était pas le cas auparavant.*

L'obligation d'admettre est respectée, si la part de cas de base est d'au moins 50% sachant que dans la population, la part de cas de base est de 70%, donc à 50% on est encore éloigné de la répartition entre base et complémentaire. Auparavant des enveloppes étaient prévues pour les cliniques privées et les HUG. Dans la LAMal, il est dit qu'il faut procéder à un financement à la prestation. Désormais, les HUG, comme les cliniques privées, sont financés à la prestation, c'est-à-dire que pour chaque prestation qu'ils font, ils envoient une facture et le canton paie 55% de celle-ci. Cette participation du canton est définie dans la loi. Il y a eu un travail pour mettre

à niveau les HUG et les cliniques privées pour qu'il y ait une égalité de traitement avec des mesures qui garantissent que les établissements inscrits sur la liste hospitalière participent à la couverture des besoins en soins de la population qui est à 70% LAMal et 30% complémentaire.

Le processus appliqué pour cette planification hospitalière est que dès qu'ils ont eu les résultats, ils ont figé les projections, un appel d'offres a été diffusé le 16 mai 2019 à tous les établissements stationnaires. Tout cela a abouti à une décision finale sous forme d'un arrêté du Conseil d'Etat le 11 décembre 2019 avec la liste qui est maintenant en ligne et sur le site de l'Etat. »

Questions des commissaires et discussion

Un commissaire PDC à propos du pourcentage de lits de réadaptation plus élevé à Genève se demande s'il ne serait pas plus judicieux de concevoir la réadaptation sur le lieu de vie et s'il ne faudrait pas parallèlement augmenter le nombre de places en IEPA et baisser le nombre de lits en EMS.

M. Müller indique que cette hypothèse a été envisagée dans le groupe de travail sur la réadaptation. Cependant, le domaine de la réadaptation se trouve dans l'attente de l'introduction de la nouvelle structure tarifaire. Cette dernière aura un impact important dans l'organisation de la réadaptation hospitalière car elle imposera des objectifs thérapeutiques qui pourront être plus élevés que ce qui se pratique actuellement. Ce qui aura pour conséquence qu'une partie des soins de réadaptation effectués en milieu hospitalier ne serait plus rémunérée par la structure tarifaire. Ce qui induira un report de ces soins à domicile pour les situations plus légères. *« En ce qui concerne les nombres de lits, les IEPA sont ouverts à des personnes qui ont besoin de soins à domicile (SAD) et qui sont à risque d'isolement social. C'est un dispositif ouvert et qui n'est pas que médicalisé. Pour les personnes qui ont besoin de soins et qui résident dans ces immeubles, les limites sont les mêmes que pour les SAD, c'est-à-dire que passé 40h de soins par semaine, un passage en EMS est bénéfique pour le patient. La tendance de ces dernières années est de promouvoir les IEPA, mais il ne pense pas que l'augmentation de l'offre en IEPA puisse faire baisser le nombre de lits nécessaires en EMS au vu du profil de morbidité élevé des personnes en EMS. »*

Une commissaire socialiste s'inquiétant de la qualité des soins demande quel ratio de personnel par hospitalisation est utilisé. Elle souhaiterait savoir s'il serait possible d'envisager une planification commune à différents cantons. Du type de la démarche enclenchée par les cantons de Glaris,

Saint-Gall, les Grisons et Appenzell qui ont proposé une planification intercantonale.

M. Müller lui indique qu'ils ne se réfèrent pas à ce critère. Pour les soins aigus explique-t-il la qualité est définie par le modèle utilisé et différents critères, telle la disponibilité des médecins.

La même commissaire s'inquiète de savoir s'il en va de même pour les EMS, s'il y a des quotas de métiers par résident.

M. Müller déclare que le fait que ces critères ne soient pas pris en considération dans la planification ne signifie pas pour autant qu'il n'en soit pas tenu compte dans les mandats de prestations liant le département et les établissements et les exigences de qualité qui y sont posées. Il précise que les contrats de prestations reposent sur un financement calculé sur la base des minutes de soins nécessaires. Ainsi une équipe type est définie en fonction du nombre de minutes de soins et le financement est correspondant à la charge en soins.

En ce qui concerne une planification intercantonale, elle n'est pas à l'ordre du jour pour l'ouest de la Suisse. Les cantons mentionnés par la députée socialiste présentent une densité hospitalière moins importante et des caractéristiques particulières. Ils forment un bloc géographique. Cela étant, une planification hospitalière intercantonale est déjà en vigueur pour la médecine hautement spécialisée, qui fait l'objet d'une planification spécifique.

Une commissaire EAG relève que le rapport indique une volonté de développer des prises en soins alternatives à l'hospitalisation ; ce qu'elle salue, elle s'inquiète cependant des moyens qui seraient affectés à ce changement de dynamique car à défaut de ressources suffisantes pour développer ces alternatives, une diminution des lits risquerait fort de se résumer plus à des « *non prises en soins* » qu'à une amélioration de l'état psychique de la population.

Elle s'étonne par ailleurs qu'il ne soit pas du tout fait référence à la crise de la Covid19 dans la présentation. Si elle comprend bien qu'il n'était pas possible d'anticiper cette crise au moment de la préparation de la planification, elle s'attendait à tout le moins à une mention ou à l'annonce de complément à ce rapport à ce propos dès que le département aurait eu autant les données que la disponibilité pour la traiter, sachant qu'actuellement la priorité est plus de faire face à la crise que d'en parler.

M. Müller déclare que la baisse du nombre de lits en psychiatrie n'est pas un objectif de la planification. Ce qui y est visé est d'améliorer la situation pour certaines situations problématiques en milieu hospitalier. Il cite

l'exemple de personnes âgées présentant des troubles cognitifs qui restent longuement à l'hôpital par manque de structures d'aval pour qui une place en EMS dans une unité de psychogériatrie serait plus appropriée et moins coûteuse. Il évoque ensuite les jeunes adultes qui se retrouvent dans un vide institutionnel à la sortie des foyers de l'office médico-pédagogique (OMP). Il relève que le rapport préconise de développer des structures d'amont pour éviter, à défaut, les hospitalisations. Il mentionne également un autre aspect évoqué dans le rapport, à savoir l'amélioration des soins psychiatriques ambulatoires et de la réponse en situation de crise afin de favoriser le maintien à domicile. Une option qui n'est pas simple à réaliser, elle demande la collaboration et la coordination de plusieurs acteurs. Des démarches ont été initiées dans le cadre de la planification pour réunir les acteurs concernés, notamment l'IMAD et les psychiatres de ville.

La même commissaire voudrait savoir si le renforcement des unités mobiles est prévu, sachant que ces dernières, qui vont au-devant des patients, permettent de rapprocher les personnes en rupture de traitement des lieux de soin ou des structures sociales, plutôt que d'attendre, comme cela est trop souvent le cas, que la crise se déclare pour qu'une prise en soins soit enclenchée.

M. Müller lui répond que cela est effectivement prévu, précisément car cela offre une meilleure réponse aux besoins des patients. Pour ce qui concerne l'impact de la Covid19. Il dit *« qu'il est un peu tôt pour y répondre mais on observe une grande baisse des hospitalisations. Concrètement, il a bon espoir que l'impact soit relativement faible sur la période intégrale de la planification 2020-2023 ; quand on parle de la planification hospitalière, on parle de 40 000 à 50 000 cas par an. On a environ un millier de cas COVID cette année, c'est une goutte d'eau dans l'ensemble des cas. On ne sait pas de quoi les prochains mois seront faits, on ne sait pas s'il y aura à nouveau un arrêt de l'activité. Il est évident qu'un bilan sera fait et ils suivent l'activité et se rendent compte que ça a un impact majeur sur le reste de la planification »*.

La députée EAG entend la réponse de M. Müller sur le plan des soins, elle s'inquiète plus particulièrement des aspects médico-sociaux. Notamment des suites du confinement pour certaines catégories de populations qui présenteront des pertes de motricité, de facultés cognitives, etc. ou pour d'autres des troubles psychologiques consécutifs à la grave détérioration économique et sociale, aux pertes d'emploi, etc. En bref la dégradation des déterminants sociaux de la santé ne manquera pas de se répercuter sur le dispositif sanitaire, et partant sur la planification. Sachant par ailleurs que l'accès aux soins risque d'être cependant entravé pour les personnes en

situation de pauvreté et de précarité en raison du frein que représentent les franchises élevées.

M. Müller estime qu'il est cela étant trop tôt pour déterminer l'ampleur de cette problématique. Il signale toutefois que cela requiert un travail de mise à jour en continu, qui s'opère de toute façon, car la planification suppose un suivi mensuel de l'activité afin d'identifier des alertes en cas de grands écarts.

La même commissaire demande s'il est prévu de faire des retours à la commission de la santé afin que les députés qui ont traité de cette planification puissent prendre connaissance des réactualisations des besoins et des intentions.

« M. Müller répond que c'est à la demande de la commission. Ils viendront volontiers expliquer ce qu'il se passe ».

Une commissaire PLR indique qu'elle a relevé que par rapport à la planification précédente, il y avait une surestimation de certaines catégories de personnel, notamment dans la catégorie « autres/sans formation ». Elle voudrait savoir de quelles fonctions il s'agit. D'autant plus qu'elle a constaté dans le rapport 2020 -2023 que cette catégorie est toujours projetée à la hausse. Elle s'interroge à ce propos, à plus forte raison qu'elle a pu voir que la logique des vases communicant « plus de maintien à domicile moins de gens en EMS » ne vaut pas partout. L'Argovie par exemple, présente peu de personnes en EMS et moins de personnes en maintien à domicile. Elle se demande si ce canton sait mieux y faire, et le cas échéant comment fait-il ? Enfin, sur les hospitalisations extracantonales ou intercantionales, elle voudrait connaître leur ampleur.

M. Müller lui indique que la catégorie « autre/sans formation » concerne les auxiliaires de santé, les stagiaires infirmiers et toutes les autres fonctions qui ne sont ni infirmières ni aides-soignantes. Les projections pour cette catégorie de personnes sont difficiles à établir car c'est celles où il y a le plus de mobilité (personnes qui changent de voie, intérimaires...). Il s'agit de personnes pour lesquelles les besoins sont en augmentation dans les EMS et dans les services d'aide à domicile dans une moindre mesure.

Pour ce qui relève des hospitalisations intercantionales, M. Poggia indique qu'il y a plus d'extracantonaux qui viennent se soigner à Genève que de genevois qui vont le faire ailleurs. Il souligne que *« quand les genevois vont ailleurs, la facture arrive dans le canton, quand ceux d'ailleurs viennent aux HUG, ce sont les HUG qui envoient les factures. En 2019, il y a 32 millions d'encaissement sur les hospitalisations hors cantons, et il y a 14 millions qui*

sortent. Il y a une bonne qualité de prestations à Genève et un Genevois qui doit se faire suivre le fera en principe ici. »

M. Müller « précise qu'en 2016, 1800 résidents genevois se sont fait soigner hors du canton. Genève est plutôt un canton qui importe des cas notamment car il bénéficie d'un hôpital universitaire et les cas traités hors du canton sont intégrés dans la planification hospitalière et ils nécessitent un paiement de la part cantonale. Il y a les prises en charge d'urgence, le libre choix du patient et les prestations non disponibles à Genève, notamment la réadaptation paraplégiologique qui se fait dans des cliniques spécialisées. »

Pour ce qui concerne de l'exemple de l'Argovie, il n'en connaît pas le détail, mais il pense que les caractéristiques démographiques du canton y jouent un rôle non négligeable. Il relève qu'une grande partie du canton fait en quelque sorte figure de banlieue du canton de Zurich, présentant une population jeune et active ce qui explique en partie le constat relevé par la commissaire PLR. De même que les politiques publiques développées influent sur les entrées en EMS ou le recours aux services d'aide à domicile.

Une commissaire Verte se réfère au RD 1133-A qui relevait que les aspects de prévention et de dépistage n'étaient pas suffisamment pris en compte et semblaient être déconnectés de la planification. Elle est consciente que ces aspects doivent être développés dans le volet promotion de la santé et prévention, qui devrait faire partie intégrante de la planification sanitaire. Elle souhaiterait savoir quels liens sont faits entre ces deux versants de la planification. Sachant par ailleurs que 80% des personnes en situation de handicap vivent à domicile, et ceci de plus en plus longtemps, elle voudrait savoir si les besoins qui découlent de cet état de fait ont été pris en considération. En demande encore si le département prend en compte des statistiques genrées en fonction des pathologies, et s'ils peuvent faire un état des différences.

Sur le sujet de la promotion de la santé et de la prévention, M. Bron déclare que le département établit de nombreux liens mais que les éléments ne situent pas dans la même temporalité. Les projets en termes de promotion de la santé et de prévention se projettent au-delà d'une dimension quadriennale.

M. Müller précise « qu'un plan handicap existe et il prend en compte le vieillissement des personnes handicapées. En ce qui concerne la psychiatrie, toute la planification se base sur l'observation de la période antérieure lors de laquelle il a été observé que la population vieillissante nécessitait parfois des soins en psychiatrie ou en réadaptation. Sur la question de la prévention et de la promotion de la santé, suivant les domaines, ça a plus ou moins

d'impact. Pour ce qui est de la planification des soins aigus, c'est difficile d'imaginer des actions qui auront un impact sur le nombre d'infarctus ou d'AVC, même s'il en existe par la promotion de l'activité sportive notamment, mais on ne peut pas se baser sur des actions de promotion pour la planification. »

La même commissaire voudrait savoir si la formation du personnel soignant dans le domaine spécifique du handicap est prise en compte dans la planification.

M. Müller indique *« que cela sort du champ de la planification... dans lequel... il n'y a pas de prise en compte des actions nécessaires de formation, mais l'évolution des besoins de cette population est inhérente au modèle »*.

Pour ce qui est du genre, il y a des différences importantes selon les pathologies ou les domaines d'intervention comme l'obstétrique. Toutefois, la proportion entre femmes et hommes a tendance à rester stable dans la durée.

Un commissaire socialiste constate *« qu'en 2018 déjà, le plan fédéral évoquait les besoins en matière de protection, on voit qu'on ne peut pas faire suffisamment de tests. Il demande si le COVID est une question purement économique, si on attend que les spécialistes trouvent un vaccin. Il a l'impression que la planification doit servir pour la façon dont on anticipe les prochaines étapes et à réfléchir à la gestion de l'étape actuelle. Il entend que ce n'était pas prévisible, mais il est surpris de la réponse sur la planification. »* Il se demande en outre ce qu'il en est de l'accès aux soins pour les personnes qui n'en ont pas les moyens, notamment les personnes sans statut légal.

M. Poggia lui précise que la planification est établie sur la base d'élément dont on dispose. Pour les personnes précaires, il affirme que personne ne devrait renoncer à des soins pour des motifs financiers. Il rappelle que *« l'unité santé migrants »* prend en charge l'intégralité des personnes qui n'ont pas d'assurance-maladie. Il indique *« qu'il est d'avis que dans le cadre d'une épidémie, il faudrait prévoir une prise en charge sans franchise »*.

Sur la question de l'anticipation d'une éventuelle crise. Cela n'a pas été envisagé en raison du caractère inédit de la situation.

« M. Bron indique qu'un rapport de planification sanitaire est un exercice difficile au niveau scientifique, assez macro où l'on évalue l'évolution des besoins de la santé. C'est une exigence de la LAMal et de la politique publique. L'expérience leur montre qu'ils le font plutôt bien, ils sont dans les clous par rapport à ce qui avait été anticipé et ça permet aux politiques d'avoir un instrument de pilotage des volumes. Ce rapport n'est

pas le plan stratégique des institutions publiques pour répondre aux besoins identifiés, ce n'est pas le plan quinquennal des dépenses de l'Etat dans le domaine de la santé et ce n'est pas non plus la matrice des risques de la politique sanitaire. Néanmoins, tous ces éléments ont un lien avec le rapport de planification sanitaire car c'est sur la base de ces évaluations qu'on peut évaluer les actions nécessaires pour ces éléments. C'est donc le cadre générique qui permet de savoir dans quelle eau on nage et quels sont les volumes de besoins pour répondre à toutes les exigences opérationnelles. Le danger est d'imaginer qu'on puisse réunir tous ces éléments dans un document générique, ce n'est pas possible et cela donnerait des résultats insatisfaisants. »

Pour ce qui relève du plan de promotion de la santé et de prévention, il est rappelé, entre autres, qu'il s'agit d'une démarche interdépartementale qui implique une action conjointe de l'ensemble des acteurs.

Un commissaire PLR rappelle que le RD 1315 a été déposé le 11 décembre 2019 et que l'on ne pouvait anticiper la pandémie. Il estime qu'il faudra le moment venu tirer les leçons de ce qui s'est passé en termes de planification sanitaire. Par ailleurs, il retient le fait que la planification est fondée sur les données hospitalières et les projections démographiques. Il estime « *qu'il y a un malentendu historique et structurel sur le fait que les états de santé de la population et les activités hospitalières sont un indicateur de ces états de santé* ». Il voudrait savoir si d'autres critères ont été recherchés, notamment au niveau des écoles car il considère que « *c'est au niveau des enfants que l'on trouve déjà des troubles psychosociaux ou des troubles du comportement alimentaire qui sont des déterminants majeurs d'états de santé catastrophiques* ».

M. Müller répond qu'ils n'ont pas pris en considération les écoles, mais ils se sont référés à des données fournies par l'intermédiaire du « Bus santé » sur l'état de santé de la population. « *Ces études épidémiologiques permettent d'évaluer les futures hospitalisations et sont basées sur l'analyse de l'état de santé de la population hors hôpitaux. Il y a une vision hors hospitalière pour voir l'évolution de l'état de santé dans la population et le Bus Santé est une source de données de bonne qualité.* »

Le même commissaire PLR demande si les besoins des services d'aide à domicile sont pris en compte pour les personnes vivant en EPH, qui ne sont pas des lieux de soins mais dans lesquels il y a des besoins accrus en soins sur le plan psychiatrique et somatique.

M. Müller « *répond qu'ils les ont pris en compte mais ils ne sont pas analysés spécifiquement. Les données sur lesquelles ils se sont basés*

prennent en compte tous les types de SAD qui font l'objet d'une facturation LAMal. La planification sanitaire est une vision macro du problème avec l'évolution de grands volumes d'heures. »

Le commissaire PLR voudrait savoir si la possibilité de transferts entre différentes structures (SAD, IEPA, EMS) selon l'évolution des besoins des personnes a été envisagée et si dans les besoins en réadaptation les lits d'attentes de transfert en EMS ont été intégrés. Enfin, il demande si dans la projection des besoins en lits et en personnel sont intégrés tant les dispositifs publics que privés.

M. Müller lui indique que c'est une des particularités de la planification 2020-2023 pour le volet médico-social de prendre en compte les vases communicants entre les différents dispositifs.

M. Müller signale qu'il s'agit d'une catégorie à part car ces lits ne sont pas facturés comme des lits de réadaptation. Ils sont pris en compte dans la planification des EMS puisqu'ils concernent des personnes en attente de placement. Dans les besoins en lits sont ajoutées : les personnes qui ont reçu une lettre de fin de traitement, les personnes traitées à domicile qui ont plus de 40h de soins par semaine et dont il est considéré qu'elles vivraient mieux en institution. Enfin, pour l'évaluation des besoins, autant le domaine public que le domaine privé sont considérés.

Le commissaire PLR voudrait connaître le rôle de la commission consultative du réseau dans la planification. Si elle joue un rôle de renseignement ou de régulation et quelles sont les compétences spécifiques en son sein en termes de soins aigus, d'adaptation ou de psychiatrie.

« M. Müller précise qu'il y a deux commissions officielles. Il y a la commission de coordination du réseau de soins qui réunit tous les acteurs du réseau de soins, et la commission de planification hospitalière qui est consultative. Dans le cadre du projet de planification sanitaire, la commission de planification hospitalière a été informée de tous les travaux qui étaient faits et un groupe de travail pour les soins aigus s'est dégagé de cette commission. Pour la partie planification médico-sociale qui concerne davantage la commission de coordination du réseau de soins, on a demandé à tous les acteurs intéressés de leur envoyer des représentants pour discuter des aspects techniques, par exemple des hypothèses épidémiologiques. Ces questions ont été débattues avec des spécialistes et les résultats ont été soumis à la commission de coordination du réseau de soins pour information. »

Un autre commissaire PLR, tout en félicitant le département pour la qualité de ce rapport de planification revient sur la question de la crise

sanitaire à laquelle nous sommes actuellement confrontés. S'il est conscient que cette dernière ne pouvait être prévue, il rappelle néanmoins que depuis quelques années en suisse des rapports ont été publiés pour mettre les autorités en garde contre les risques d'éventuelles pandémies et la nécessité de « *planifier l'imprévu* ». Il souligne que la pandémie la plus récente est la grippe de Hong Kong en 1968-69 qui a fait plus d'un million de victimes dans le monde.

Sachant que l'OMS évoque une durée en perspective de 5 à 7 ans de cette pandémie, quelle qu'en soit la forme, il estime qu'une planification s'impose et qu'elle doit demeurer mobile. La crise que nous vivons en ce moment va influencer le développement sanitaire du canton pour les prochaines 4 ou 5 années. Il soulève également la question de l'approvisionnement. Il estime que l'on ne peut dépendre de « *généreux donateurs* », mais qu'une production locale permettant de répondre aux besoins de la population est indispensable. Enfin, il s'interroge enfin sur la manière dont ce rapport de planification s'intègre dans les relations avec la Région et la Suisse, et quelles en seraient le cas échéant les incidences.

M. Poggia reconnaît un certain degré d'impréparation. Il relève cependant qu'il est largement partagé car tout le monde a été pris au dépourvu, mais que Genève a toutefois immédiatement réagi. Il confirme que cette crise a eu un impact important sur l'organisation des hôpitaux locaux et que de nouveaux épisodes désorganiseraient totalement le réseau hospitalier genevois.

Il déclare qu'« *A court terme, il faudra vivre avec le virus car avec une prévalence de l'ordre de 5.5 environ, on est loin d'une immunité de société suffisante pour faire en sorte que le virus ne puisse plus trouver suffisamment d'hôtes. Un nouveau départ de cas par clusters n'est pas exclu et il est même vraisemblable. La population recommence à sortir. Tout ce qui a été mis en place, notamment le confinement et les règles d'hygiène était pour éviter que le virus ne se propage à une vitesse rapide avec pour conséquence une mise sous tension des hôpitaux et une incapacité de prendre en charge l'intégralité des cas.* »

Il insiste sur la solidarité qui s'est manifestée rapidement dans le réseau et les accords trouvés dans le système hospitalier avec l'ensemble des acteurs. Ce qui a permis de créer ce concept d'un hôpital unique sur tout le canton avec un centre et des antennes. Cette collaboration incluant un déplacement des patients dans les cliniques privées pour faire des HUG un hôpital COVID. Ce qui a permis de passer d'une capacité initiale de 30 lits à 110 lits en soins intensifs, le pic ayant été à 65 patients.

Il indique qu'en ce moment 6 personnes sont toujours en soins intensifs et que les opérations ont commencé à reprendre dans les autres secteurs. Il

souligne que si l'activité ordinaire est en train de reprendre, il faut rester prêts à revenir au dispositif de crise. Les HUG ont mis en place un plan sur ce moyen terme pour pouvoir garder des lits surnuméraires vides pour répondre à une nouvelle résurgence des cas de COVID, tout en reprenant les activités régulières.

M. Poggia rappelle que ces dispositions ont un coût, car « prévoir des lits que l'on voudrait voir inutilisés n'est pas rentable, sachant d'autant que chaque lit de soins intensifs coûte un million de francs par an, ce à quoi s'ajoute la nécessité d'entretenir tout le matériel nécessaire. Il pense qu'il y a des leçons à tirer de cette expérience, des collaborations intercantionales qu'elle a permises et notamment de la collaboration avec la Confédération, qu'il considère n'avoir pas été à la hauteur des attentes. Il ne fait pas là référence aux décisions prises par le Conseil fédéral, qu'il salue pour son courage politique et sa célérité, mais aux difficultés rencontrées au niveau des cellules de coordination et de leur task force. Il constate que *« Genève a dû faire son travail seule jusque maintenant »*.

Sur la question du matériel il évoque la prise de conscience de notre dépendance à l'étranger. Il affirme que les stocks nécessaires ont été constitués, que des commandes de masques sont en cours. Il insiste sur le fait qu'à ses yeux, *« s'il est mal porté, le masque peut-être une fausse bonne idée »*. Il mentionne ensuite le projet, dans l'idéal, de produire des masques en Suisse. Une ligne de production serait en cours d'élaboration.

Pour ce qui est du problème de la solution hydroalcoolique. Nous avons l'avantage d'avoir Firmenich dans le canton qui en a produit gratuitement pour la population et le personnel soignant. Cette entreprise a été confrontée à une pénurie d'éthanol pour en préparer. Ce dernier est centralisé auprès d'une société privée qui s'appelle Alcosuisse et qui pour l'instant ne collabore pas ; le Conseil fédéral le déplore. A Genève, l'éthanol est acheté en Amérique latine.

M. Bron ajoute que les leçons seront tirées. L'inventaire de ce qui sera nécessaire pour faire face à de nouvelles occurrences est en cours pour le court et le moyen terme. Le rapport de planification qui nous est soumis constitue la base sur laquelle viendront se superposer les adaptations nécessaires.

Le commissaire PLR s'inquiète car il n'a pas le sentiment d'une véritable approche prospective. Il s'étonne par ailleurs qu'il faille acheter de l'éthanol en Amérique latine alors que le Conseil fédéral aurait les moyens de contraindre Alcosuisse à en livrer. Il relève que l'approvisionnement en médicaments n'a pas été abordé. Il rappelle que *« les HUG ont presque été à*

court de médicaments pour leurs patients ». Il insiste sur la nécessité de trouver des solutions systémiques plutôt que d'avoir à recourir au système D.

M. Poggia estime que la crise a obligé le canton à répondre à une problématique extraordinaire et que « *Genève a été à la hauteur de ce défi.* » Il saisit l'occasion pour relever que les critiques exprimées à l'égard de la lourdeur des HUG ont été infirmées par leur capacité de réaction et d'adaptation. Au même titre que celles formulées à l'encontre de l'IMAD et de son envergure. Il constate que lors de la crise sanitaire, il n'y avait plus d'autres organisations d'aide à domicile privées sur le terrain et que l'IMAD a assuré les prestations nécessaires.

Pour ce qui relève de la problématique des médicaments, il informe la commission que le Conseil d'Etat rencontrera prochainement les parlementaires genevois à Berne pour discuter de cette crise.

Un commissaire socialiste exprime sa surprise à l'énoncé des chiffres relatifs à la psychiatrie. Notamment sur le pourcentage de 50% indiqué par le rapport de personnes hospitalisées qui devraient bénéficier d'une alternative à l'hospitalisation. Il apparaît qu'un tiers de ce 50% pourrait rester à domicile moyennant un accompagnement adéquat et que des alternatives inexistantes ou saturées seraient nécessaires pour les deux tiers restants. Il relève qu'un quart des personnes hospitalisées n'ont pas de domicile, ce qui démontre la nécessité d'un dispositif sociosanitaire d'amont pour éviter que la détérioration de la santé de ces personnes ne les conduise à la perte de leur logement, à une désocialisation, à l'hospitalisation. Il s'inquiète du risque de ping-pong entre les domaines de la santé et du social, et se demande qui des HUG ou du département sera en charge de mettre en place les alternatives requises. Il lui semble qu'un chaînon manque, celui qui s'incarnerait en son temps dans l'unité mobile de soins communautaires (UMSCO). Il évoque entre 400 et 1000 personnes qui sont livrées à elles-mêmes dans la rue pour lesquelles il n'a vu aucune disposition dans ce rapport. Il demande s'il serait envisageable de réactiver UMSCO.

M. Bron, lui fait savoir qu'un groupe de travail sur la psychiatrie a traité ce sujet, mais que la question est complexe compte tenu de la diversité des besoins des patients concernés. Il est conscient qu'il faut trouver des solutions en amont des détériorations de l'état des personnes en question et indique qu'il y a des projets en cours et de nouveaux lieux d'accueil. Mais il constate que le défi principal consiste à fournir des prestations ambulatoires diverses et en suffisance. Il dit « *En 2014, un projet a été lancé mais le problème était de mobiliser les psychiatres de ville pour prendre en charge des situations non planifiées. Les efforts faits pour avoir un relai soignant, pour régler des soins dans la communauté et à domicile, n'ont pas été*

couronnés de succès car il était difficile de mobiliser en dehors du domaine public. Il y a maintenant une collaboration accrue entre les HUG et l'IMAD pour essayer d'éviter des hospitalisations mais la difficulté est d'organiser la disponibilité de la psychiatrie de ville pour des prestations prévues hors des cabinets. Il y a une volonté de mieux occuper ce terrain de l'ambulatorisation des prestations psychiatriques. La psychiatrie des HUG est la première mobilisée pour éviter les hospitalisations évitables. Le département va maintenir activement le groupe de planification sur la psychiatrie pour suivre et implémenter des processus pour travailler sur ces hospitalisations évitables. »

M. Müller cible la question du financement qui peut venir entraver les efforts de développement d'un système ambulatoire plus adéquat. Il explique qu'une équipe mobile, c'est des prestations d'attente, du matériel et du personnel sollicité. Il précise qu'un travail a été réalisé au sein des HUG pour identifier les situations pour lesquelles une hospitalisation aurait pu être évitée. Les acteurs essentiels ont été réunis pour mettre en place des dispositifs d'accueil à bas seuils, avec une unité mobile, des lieux d'accueil. Les travaux ont démarré avec l'IMAD, le département de la cohésion sociale (DCS), les psychiatres de ville et ceux des HUG.

M. Bron souligne que le rapport porte bien les germes d'une augmentation de l'offre dans ce domaine.

M. Poggia mentionne un projet d'hôtel en rénovation à la place des Alpes qui offrirait une quarantaine de studios pour des prises en charge à bas seuil, destinés à des personnes indépendantes, mais qui ont besoin d'encadrement. Il se dit conscient du manque de structures, d'alternatives à l'hospitalisation qui finit par s'imposer faute de mieux.

Un commissaire UDC se dit étonné de n'avoir pas trouvé mention de la garde pharmaceutique déléguée à Pharmagenève dans le rapport de planification. Celle-ci est exercée à travers l'unité centralisée que représente Pharma24, sise dans les locaux des HUG. Il précise que la garde pharmaceutique concerne entre 1000 et 2000 personnes entre 19h et 8h, et les week-ends. Il rappelle qu'en 2017 et 2018, l'éventualité de la concentration de milliers de personnes aux HUG en cas de pandémie avait été envisagée. La pandémie n'avait pas été prévue, mais la problématique d'une telle centralisation à Pharma24 avait été considérée. Durant la pandémie, les équipes de Pharma24 et certains acteurs de la pharmacie privée ont eu des contacts très constructifs et des deux côtés. Il y a eu une réflexion sur le risque de créer un nœud de contamination supplémentaire à l'hôpital. L'équipe de Pharma24 a demandé à sa hiérarchie s'il était possible de décentraliser cette garde. La hiérarchie n'a pas voulu de cette proposition, pas

plus que les pharmaciens de ville. Il demande si un plan d'urgence par rapport à la délivrance des médicaments pourrait être prévu car aujourd'hui, 47 semaines sur 52, il n'y a que Pharma24 qui est ouvert. Il estime par ailleurs nécessaire de prévoir un plan de secours pour la garde pharmaceutique si la pandémie devait devenir plus agressive.

Il s'étonne sur la pénurie d'alcool puisque son expérience l'amène à constater qu'en pharmacie on peut sans difficulté se fournir auprès de Häseler. Pour ce qui relève de l'IMAD, il indique que les infirmières de l'IMAD ne se rendaient plus en pharmacie qu'elles considéraient comme des lieux potentiels des contaminations.

M. Poggia lui fait remarquer que l'ouverture des pharmacies sort du champ de la planification. Il serait possible d'obliger l'ouverture des pharmacies si la délivrance de médicaments faisait défaut. Pour lui la garde est actuellement assurée par Pharma24, mais les pharmaciens restent libres de mettre en place des gardes s'ils l'estimaient utile. Pour ce qui est des infirmières IMAD, il se renseignera.

Le commissaire UDC précise qu'elles ne viennent toujours pas en pharmacie, qu'elles en ont reçu l'interdiction. De fait, les pharmaciens livrent l'IMAD, qui ensuite fait en sorte que les médicaments parviennent à leurs destinataires. Cela peut se concevoir dans une situation extraordinaire comme celle que nous traversons actuellement, mais cela représente des complications dans l'organisation actuelle.

M. Poggia émet l'hypothèse qu'il s'agisse moins d'une crainte de contamination, mais plutôt d'une tentative de centralisation des médicaments pour mieux organiser les tournées de visites des clients. Pour ce qui concerne l'éthanol, il précise que c'est par obligation que l'on se fournit à l'étranger.

Un autre commissaire socialiste revient sur la problématique des populations qui ne pourraient avoir accès à des soins pour des motifs pécuniaires. Il demande comment serait financée une prise en charge sans franchise pour des soins découlant de la Covid19 et si les réserves des caisses maladie pourraient être affectées à cette tâche.

M. Poggia rétorque qu'il est crucial qu'un patient devant se faire tester n'ait pas à se préoccuper de qui paiera. Il se dit ouvert à toutes les solutions de financement car il s'agit aussi d'un moyen de lutte contre la pandémie. Il rappelle que pour le moment la Confédération considère que les masques ne sont pas obligatoires et que les cantons dès lors ne peuvent décréter l'obligation. Il dit que la question se pose pour les transports publics. *» Il y a une campagne qui se fait sur place de remise gratuite à l'unité de masques. Dès la fin de la semaine prochaine, on pourra acheter des paquets de*

masques en tant qu'usagers des transports publics. Toutes les professions qui doivent porter le masque ont accès aux masques, il y a une ligne spéciale où ils peuvent les acheter et ils doivent les vendre au coût d'achat. »

Un commissaire PLR demande, compte tenu du fait que le dispositif reprend ses marques, ce qui est prévu à l'avenir pour obtenir du personnel supplémentaire en cas de besoin, du personnel suffisamment polyvalent pour être adaptable selon les nécessités.

M. Poggia remarque que le personnel s'est déjà montré polyvalent. Il relève une « interchangeabilité remarquable du personnel ». Il déclare cependant : « *La technique de prise en charge a évolué ces dernières semaines au niveau mondial. Le personnel compétent est dans les HUG mais il faudra faire en sorte que cette mobilité mise en place par la force des choses entre davantage dans la culture professionnelle des HUG* ».

Audition de M. Gilles Rufenacht, président de l'association Genève Cliniques et de M. Cédric Alfonso, membre du comité

M. Rufenacht indique que pour Genève Cliniques la planification 2.0 a été réalisée au travers d'un dialogue permanent avec le département et correspond désormais mieux à la juste application de la LAMal. Pour cela toutefois, il aura fallu l'arrêt du TAF. Il signale que des discussions ont eu lieu avec le département sur la mise en application et le mandat octroyé à chaque clinique avec des niveaux divers de satisfaction selon les acteurs.

M. Alfonso précise que le nouveau mode de faire ressemble de très près à toutes les applications réalisées dans la planification hospitalière en Suisse. Ainsi dit-il : « *au lieu de tout réinventer le canton s'est basé sur un système qui fonctionne* » Il émet toutefois un bémol pour le financement des cas présentant une assurance privée. « *Une valeur de 50% a été donnée entre les cas qui souscrivent à l'assurance obligatoire des soins, et ceux qui ont une assurance privée. Or l'association ne comprend pas pourquoi un assuré privé souscrivant à une assurance complémentaire perd une fois sur deux le droit de bénéficier du cofinancement cantonal sachant qu'il s'agit d'un citoyen comme un autre. M. Alfonso rappelle que ce pourcentage est appliqué de manière différente dans certains cantons à savoir que certains ne l'appliquent pas du tout et que d'autres appliquent un pourcentage plus ou moins élevé* ».

Un autre commissaire PLR, à propos de deux autres motions relatives à la planification sanitaire, « déplore que la question de l'économicité soit peu abordée dans la planification hospitalière, ce qui aurait permis de mettre plus de poids sur l'aspect du coût du système. »

M. Rufenacht indique que la planification intègre une progression d'activités dans certaines disciplines et qu'elle tient compte de l'évolution des pathologies. Il est certain que les cas de patients soignés en privés ou dans le public seront pris en considération. Il rappelle qu'il y a une « *limitation naturelle du nombre de cas pris en charge dans les cliniques* » compte tenu du fait que les patients uniquement LAMal sont pris en charge dans des départements dédiés. Il se dit assez confiant pour la suite.

M. Alfonso surenchérit en disant qu'au niveau de la planification hospitalière le point central pour la baisse des coûts, est qu'il n'y a plus de limitation de cas. Il pense que les choses vont se mettre en place naturellement avec le temps. Il ajoute : « *Le modèle de planification est sérieux et traité de manière sérieuse* ».

Audition de M. François Canonica, président du conseil d'administration des HUG, M. Bertrand Levrat, directeur général, et M^{me} Brigitte Rorive Feytmans, directrice des finances HUG

A la question du président demandant aux HUG en quoi la décision du TAF affecte les HUG et ce qu'ils pensent de la planification sanitaire, M^{me} Rorive Feytmans explique que le principal changement réside dans l'implémentation du même modèle que le reste de la Suisse ; où l'ensemble des pathologies et des traitements sont groupés dans 150 groupes de prestations. L'inclusion sur la liste hospitalière passe par un appel d'offres auquel tous les établissements peuvent répondre pour tout ou partie des 150 groupes de prestations. « *Il y a trois grandes catégories de groupes : les prestations de base qui ne demandent pas de plateau technique particulier. Il y a les prestations spécialisées qui demandent, prestation par prestation, des caractéristiques en termes de plateau technique, de spécialisations ou encore de personnel infirmier hautement spécialisé. Enfin, la dernière catégorie, ce sont les groupes de prestations de médecine hautement spécialisée et ça se gère au niveau intercantonal. Pour répondre à cet appel d'offres, on indique qu'on répond à des critères par groupe de prestations et qu'on est capable de répondre à des prestations données. La grande nouveauté est qu'il s'agit d'un modèle plus formalisé, transparent et qui donne la possibilité au canton d'apprécier les offres qui sont faites.* »

Le modèle en question est en usage depuis 2012 dans d'autres cantons. Il a fait ses preuves et permet de bien cartographier l'offre. Une autre modification induite par la décision du TAF est la sortie de la logique d'une enveloppe globale au profit d'un financement à la prestation. Ce qui revient au fait que pour chaque prestation fournie une facturation est adressée à

l'assurance-maladie et une part de financement cantonal doit intervenir. En clair, cela signifie que les participations cantonales deviennent variables et liées à l'activité. Elle remarque encore que « *Le modèle de Zurich permet de se conformer aux deux grands critères que prévoit la LAMal pour la planification, puisqu'elle dit que la planification doit d'abord répondre à des critères de qualité ensuite à des critères d'économicité. Les critères de qualité sont basés sur les capacités, les compétences, les qualifications et les processus. Ça reste des critères de qualité sur les moyens, on n'est pas encore sur des critères de qualité basés sur les résultats.*

En ce qui concerne le critère d'économicité, la LAMal dit que l'économicité s'apprécie sur la base des coûts et non pas sur la base du prix, parce qu'on peut avoir des prix d'appels. Si on a des patients AOS, on peut voir des prix bas et des prix plus élevés sur les patients privés. A cause de ce risque de distorsion sur les prix, l'idée est de comparer les coûts. Pour pouvoir les comparer, il faut qu'il y ait la transparence des coûts. Pour l'assurer, H+ a mis en place un modèle de comptabilité analytique proposé à tous les hôpitaux. Depuis 2014 le label REKOLE a été mis en place pour que les hôpitaux soient audités par des organismes de contrôle et de conseil agréés, et une fois qu'ils reçoivent le label REKOLE, cela veut dire que leur comptabilité analytique est conforme aux normes. On ne peut pas comparer les coûts des établissements entre eux si on n'est pas certain que les établissements utilisent la même méthode de calcul. A Genève, ça reste difficile à faire car comme le modèle a été mis en place plus tard, les établissements sont tenus de mettre en place cette comptabilité analytique et de la fournir au canton de Genève qui va pouvoir faire cette analyse d'économicité. »

M. Levrat précise que les HUG sont certifiés REKOLE. Il ajoute que l'on considère toujours que les coûts des cliniques privées sont plus bas que ceux des HUG ; or cette affirmation ne repose sur aucune base objective. Il estime qu'en considérant une comptabilité commune cela permettra de mieux vérifier les éventuels écarts de coûts.

Pour ce qui concerne la planification sanitaire, il relève l'important travail réalisé par la DGS. Quatre plus tard, dit-il on mesure à quel point la planification précédente était pointue.

Une commissaire Verte constatant pour le domaine de psychiatrie que certaines structures avaient été fermées et qu'il n'y avait pas de garanties que certaines personnes puissent être prises en charge, elle voudrait savoir si les réflexions en matière de diversification des modes de prises en charge vont s'accélérer afin d'éviter la surcharge des services et une réponse mieux adaptée aux besoins des patients. Elle remarque que le rapport indique « *qu'il*

ne sera pas possible, voire dangereux, de limiter le champ d'action de l'hôpital sans développer des alternatives répondant aux besoins en dehors de celui-ci. »

M. Levrat expose que pour la psychiatrie, plus le réseau est organisé, moins on a besoin d'avoir recours à l'hospitalisation. Il met l'accent sur la juridisation des mesures qui génèrent de longues périodes d'hospitalisation qu'il met sur le compte d'une lenteur de la justice pour lever une mesure. Il rappelle par ailleurs que Genève est la ville au monde où il y a le plus de psychiatres par habitant. Une concentration qui devrait engager ces derniers à une plus grande implication dans le travail en réseau. Il mentionne des initiatives prises pour mieux harmoniser le « parcours patient ». De ce fait, les éléments tels qu'ils apparaissent dans le rapport lui paraissent réalistes et réalisables et ne devraient générer ni surcharge ni création démesurée de lits en psychiatrie. Sur le plan de la planification, elle est assortie d'une volonté de développer le travail en réseau et d'aller vers une plus grande ouverture. Il attire l'attention de la commission sur la question des structures d'aval encore insuffisantes.

La députée Verte voudrait plus de précisions sur les alternatives évoquées dans le rapport de planification et leur niveau de réalisation.

M^{me} Rorive Feytmans lui répond que depuis 2 ou 3 ans la psychiatrie communautaire a été fortement renforcée. Tout d'abord par la mise en place de « case managers de transition » pour favoriser le retour sur le lieu de vie. Ils ont déployé des équipes mobiles de prises en charge dans la communauté. On commence dit-elle à mesurer les impacts de cette nouvelle dynamique.

Un député PDC constate que l'on mêle planification sanitaire et planification hospitalière. Il demande aux auditionné.e.s si la pandémie n'a pas changé complètement la planification sanitaire des HUG pour les prochaines années ou s'il ne s'agit que d'un épiphénomène. Il demande comment va fonctionner la division privée des HUG étant donné que, dans les cliniques, *« pour un patient de base pris, l'Etat prend en charge un patient privé ; il demande si ce sera la même chose pour la division privée des HUG et si les patients de base pourront aller en division privée. »*

Pour ce qui relève de la pandémie, M. Levrat déclare qu'on n'est pas en mesure d'affirmer ce qu'il en adviendra. Cela reste un sujet ouvert, imprévisible, estime-t-il, qui pourrait impacter le nombre de places en EMS. Il ajoute que *« cette planification donne aussi des tendances sur l'évolution sanitaire de la population genevoise et le COVID ne changera pas cela. »*

Dans ce cadre, ils s'efforcent d'anticiper. Cela fait l'objet d'une demande de crédit complémentaire de 110 millions pour l'année 2020, ce qui

correspond à la fois aux activités qui n'ont pu être réalisées qu'à celles qui sont venues se surajouter au volume régulier de leurs activités. Il se dit convaincu de la nécessité d'anticiper et de prévoir des postes pour réduire l'impact d'une deuxième vague. Procédé qui se révèle judicieux en matière de santé publique. Reste que la Covid19 pose de nombreuses inconnues.

Pour l'impact sur la division privée M^{me} Rorive Feytmans précise que cette dernière représente moins de 10% de l'activité des HUG. Les patients LAMal en constituent précisément 92%. De fait les HUG se trouvent d'ores et déjà dans la norme de 50-50%.

Le commissaire PDC demande s'il serait possible qu'un assuré LAMal uniquement puisse demander à être placé en division privée.

M^{me} Rorice Feytmans lui explique que non, pas plus que cela ne serait le cas dans les cliniques privées qui auront un dispositif d'accueil particulier pour les patients LAMal. L'assurance complémentaire par définition prend en charge des prestations complémentaires, essentiellement des prestations de confort hôtelier ou de conciergerie.

Le commissaire en question estime que *« si la loi décide que quelqu'un peut opter pour la division privée en clinique, il devrait pouvoir faire la même demande aux HUG. »*

M^{me} Rorive Feytmans précise que la loi ne stipule pas que tous les patients peuvent aller en division privée, elle indique seulement que les patients peuvent aller dans l'établissement de leur choix. Ce qui ne signifie pas la même chose. Il s'agit du choix de l'établissement pas de la chambre.

C'est une interprétation que ne partage pas le commissaire. Pour lui l'argument principal réside dans le fait que les gens aient le choix entre l'hôpital ou une clinique. Il s'inquiétait du risque d'une asymétrie pour l'hôpital cantonal. Il constate que cela n'est pas le cas. Il lui est précisé que les cliniques s'adapteront en ajoutant un versant LAMal à leur versant privé.

Un commissaire socialiste à propos du vieillissement de la population et de l'augmentation des comorbidités demande s'il ne faudrait pas repenser le système, notamment en ce qui concerne « ce qui reste d'intervention sociale dans les EMS. Il voudrait savoir *« si ce n'est pas coûteux de conserver des EMS pour des gens qui y restent si peu »*, ou si la concentration de personnes âgées en un même lieu est vraiment « raisonnable » et s'il ne conviendrait pas de réfléchir à la *« répartition des lits »*

M. Levrat lui répond que la durée moyenne de séjour en EMS à Genève est de 3 ans. Il rappelle que le canton a fait le choix du maintien à domicile, qui présente plus d'avantage sur le plan social que l'hébergement en EMS. Sur ce plan, le vieillissement de la population représente un véritable défi.

Actuellement, 120 à 150 personnes restent aux HUG faute de places d'aval. Il faudrait donc développer ces dernières pour faire face à ce besoin.

Sur le dernier aspect soulevé par ce commissaire, il estime la question complexe. Dès que l'on rassemble des personnes en un lieu, le coût d'exploitation est énorme. La juste taille des EMS : *« c'est une proportion entre l'humanité nécessaire dans la prise en charge et les coûts de production de la prestation »*, C'est, illustre-t-il, le seuil au-delà duquel un établissement trop petit devient ingérable.

Discussion et vote

Le président ouvre la discussion par la communication que la commission ne votera pas sur le RD 1315, mais exclusivement sur la R 901 qui ne fait rien d'autre que de proposer l'approbation du rapport de planification présenté dans le RD 1315.

Un député PLR demande comment va se passer le financement de la réadaptation. Il se réfère à ce qu'il a perçu d'un fort lobbying au niveau de SwissDRG pour tenter d'obtenir un changement de la structure tarifaire., ST Réha. Il demande quelles sont les chances d'aboutir de ces démarches et si une action du parlement par la voie d'une résolution à l'intention de l'assemblée fédérale pourrait être judicieuse. Il voudrait connaître aussi quels surcoûts ont été prévus car la nouvelle structure tarifaire va laisser pour compte plusieurs types de situations, notamment les personnes en réadaptation gériatrique. Ce qui est problématique en termes de santé publique et de financement.

M. Poggia l'informe qu'il est membre du comité Swiss DRG. Il précise que ST Reha n'est pas encore entré en vigueur. Il apparaît, compte tenu des divergences à ce propos, qu'il est envisagé de définir deux structures tarifaires. L'une pour la Suisse romande et une autre pour la Suisse alémanique.

H+, organisme qui regroupe l'ensemble des hôpitaux suisses, a quelque peu changé son fusil d'épaule ces derniers temps. Ceci sous la pression des cantons alémaniques qui craignent qu'un tarif unique – compte tenu de la situation romande – n'induisse une baisse de leurs tarifs. De plus, il faut veiller à ce que l'ajout d'exigences à l'égard des patients ne les exclue pas finalement du tarif ST Reha. On ne dispose pas de chiffres relatifs au incidences d'une éventuelle implantation du modèle suisse alémanique, mais il semble toutefois que les perspectives soient acceptables pour la Suisse romande.

« M. Bron ajoute qu'après des années de combat, on constate qu'on ne peut pas, avec une structure tarifaire, vider de toute substance l'obligation de contracter. Il y a la recherche de solutions pour la réadaptation gériatrique généraliste, mais il est impossible de faire des projections financières. »

Pour M. Poggia ce qui est problématique est que l'on transfère le pouvoir de planifier à la structure tarifaire et que l'on retire ce pouvoir au canton.

Une commissaire Verte déclare que le groupe des Verts accepte la planification sanitaire telle que présentée mais avec d'importantes réserves. Elle informe que le groupe des Verts voudrait que le département ajoute les constats tirés à ce stade des suites de la crise de la Covid19 afin de pouvoir mieux réagir, voire anticiper une nouvelle crise de cet ordre. Elle espère que les moyens suivront notamment pour donner suite aux propositions alternatives dans le domaine de la psychiatrie afin de réduire le nombre d'hospitalisations. Elle indique ensuite l'intérêt que nécessite le domaine de la promotion de la santé et de la prévention. Elle retient comme essentiel le lien entre les deux rapports divers (le RD 1133-A pour la planification 2016-2019 et le présent RD 1315 pour la période 2020-2023) et la résolution 901.

Un commissaire PDC indique que son groupe votera la R 901. Son groupe considère que le travail a été bien fait, qu'il constitue une sorte de feuille de route, et que les propositions contenues dans le rapport sont intéressantes. Il a pris acte des différences entre la Suisse alémanique et la Suisse romande qui font, respectivement, pour l'une plus de réhabilitation en structure hospitalière et pour l'autre plus de réhabilitation à domicile. Il se demande si la juste mesure ne serait pas dans un entre-deux.

Une commissaire EAG indique que son groupe acceptera la résolution approuvant le rapport de planification sanitaire. Elle conçoit que la planification est un exercice complexe et salue le travail qui a été réalisé. Toutefois, elle insiste sur la nécessité de compenser l'accroissement des besoins par une série d'alternatives dans le domaine de l'ambulatoire, et subséquentement sur l'importance de garantir le financement de nouveaux dispositifs. Sur la question du COVID, il n'a pas été fait le reproche de n'avoir pas pu anticiper la crise, mais pour les débats en plénière, il semblerait utile qu'apparaisse une perspective de complément et d'actualisation pour éviter qu'on fasse le reproche qu'il n'en est pas fait mention. Enfin, si elle a entendu ce que disait M. Levrat sur le lean Management, elle a aussi été attentive à l'importante inquiétude exprimée par le personnel et le regard critique qu'il portait sur ce système de gestion de l'entreprise.

Un commissaire socialiste dit que son groupe votera également cette planification sanitaire. Il salue le travail qui a été fait, qui montre bien les enjeux et défis auxquels on va devoir faire face. Il a été sensible à la question du renouvellement du personnel en raison des départs à la retraite. Ce qui représente une imposante rotation. Il estime, au-delà de cette étape d'approbation, important que les groupes s'engagent dans le suivi de cette planification et l'allocation des budgets nécessaires afin de s'assurer des moyens de la mettre en œuvre. Il avoue qu'il aurait souhaité « un brin » d'innovation sur le volet du vieillissement de la population car il constate que l'on reste sur un modèle traditionnel alors que ce défi lui paraît appeler de nouvelles solutions. Sur la Covid19, il pense qu'il était difficile d'anticiper. Il estime que les HUG ont montré leur agilité et leur capacité à répondre et que la Covid19 ne sera pas forcément le défi n° 1 ; il ne lui paraît donc pas opportun de demander des compléments. Il déplore aussi que les plans de planification des soins et celui de la promotion de la santé et de la prévention n'aient pas été liés. Il formule les mêmes réserves que ses collègues EAG et Verte pour ce qui relève de la psychiatrie.

Un commissaire PLR fait savoir que son groupe votera la R 901 et salue le travail réalisé de planification sanitaire. Il considère qu'il y a là un rapport extrêmement bien documenté, comprenant de solides mises en perspectives et comportant des questions ouvertes. C'est un document qui éclaire la suite des années à venir. Il remercie le département pour la qualité du travail effectué.

Il pense que le magistrat pourra donner des informations en plénière sur les éléments relatifs à la Covid19 et ses incidences sur la planification. Le PLR ne demandera pas un ajout écrit sur l'effet de cette crise sur la planification sanitaire.

Un commissaire MCG informe que son groupe votera la planification sanitaire telle que présentée. Il attire l'attention sur la problématique du recrutement du personnel. La Covid19 aurait pu nous confronter à un problème majeur si les frontières avaient été fermées. Il pense que l'on ne recrute pas suffisamment à Genève. Il aurait souhaité que les HUG se donnent les moyens pour faire la promotion de la formation des infirmier.ère.s en Suisse et pour donner la priorité de l'engagement à des résident.e.s du canton. De son point de vue, les HUG ne développent pas suffisamment d'efforts en ce sens. Particulièrement lorsqu'il considère le nombre de jeunes au chômage ou à l'Hospice général. Son parti appelle à une campagne de recrutement sur le plan cantonal. Il apprécie l'annonce faite dans le cadre de l'examen du rapport de gestion des HUG que ces derniers « *vont arrêter l'engagement d'intérimaires* ». Le MCG salue le travail du département.

Vote

Le président met aux voix la R 901 approuvant le rapport de planification sanitaire du canton de Genève 2020-2023 :

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

Non : -

Abstentions : -

La R 901 est acceptée à l'unanimité.

Par son acceptation unanime de la résolution 901, la commission de la santé prend de fait formellement acte du RD 1315.

Ainsi, au bénéfice de ce qui précède, la commission de la santé, à l'unanimité, vous invite, Mesdames et Messieurs les député.e.s, à voter la résolution 901 proposant l'approbation du rapport de planification sanitaire du canton de Genève 2020 – 2023 et de prendre acte conséquemment du RD 1315.

Proposition de résolution

(901-A)

approuvant le rapport de planification sanitaire du canton de Genève 2020-2023

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève

vu l'article 28, alinéas 1 à 3, de la loi sur la santé, du 7 avril 2006 (LS – K 1 03) ;

vu le RD 1315 présentant le rapport de planification sanitaire du canton de Genève 2020-2023,

approuve le rapport de planification sanitaire du canton de Genève 2020-2023.

Rapport de planification sanitaire 2020-2023



Vendredi 8 mai

Nicolas Müller | Directeur

Service de la santé numérique, de l'économie
de la santé et de la planification (SNEP)



Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)

Direction générale de la santé (DGS)

Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)



Plan de la présentation

- Planification sanitaire : cadre général
- Méthode
- Gros plan sur la planification médico-sociale
- Gros plan sur la planification hospitalière
- Gros plan sur les besoins en professionnel de santé

Planification sanitaire : cadre général



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENEVE

1800 - THURGAU 1815

Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)
Direction générale de la santé (DGS)
Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)

Objectifs

- Prévoir l'évolution des besoins en soins de la population.
- Proposer des scénarios pour répondre à l'évolution quantitative et qualitative.
- Assurer un accès à des soins de qualité pour tous.
- Permettre d'établir les prévisions budgétaires pour assurer le financement des soins.
- Répondre aux exigences légales fédérales et cantonales.



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENEVE

1800 - THURGAU 1815

Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)
Direction générale de la santé (DGS)
Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)

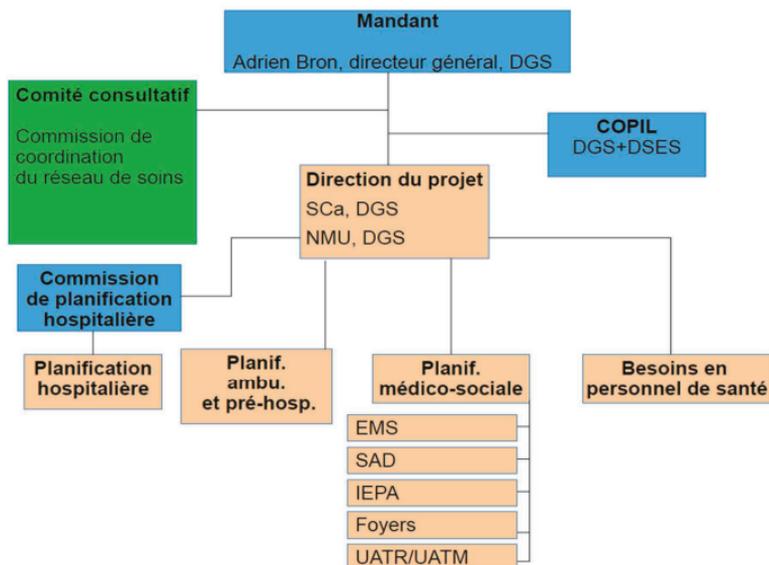
Cadre légal

- Selon l'**art. 39 LAMal**, l'admission des établissements stationnaires et des EMS relève de la planification cantonale.
- Selon l'**art. 23 al. 3 de la loi sur la santé du canton de Genève**, "le Conseil d'Etat procède tous les 4 ans à l'évaluation et à la mise à jour de la planification sanitaire. Sur cette base, il présente au Grand Conseil un rapport de planification des soins et un rapport des activités de promotion de la santé et de prévention. Le Grand Conseil se prononce sur ces deux rapports dans les 6 mois sous forme de résolution."
- Selon l'**art. 3 al. 1 LALAMal** : Dans le cadre de la législation fédérale, l'approbation de la planification sanitaire est attribuée au Grand Conseil.
- Selon l'**art. 3 al. 2 LALAMal** : Relèvent de la compétence du Conseil d'Etat : a) l'établissement de la liste fixant les catégories d'hôpitaux et d'établissements médico-sociaux.



Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)
 Direction générale de la santé (DGS)
 Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)

Organisation du projet



Les bases de la méthode

Les étapes communes à toute planification :

Marge d'erreur



3. Evaluer l'évolution des besoins futurs en projetant les besoins actuels sur la croissance démographique et en formulant des hypothèses sur l'évolution du recours au soin.

2. Choisir un scénario de projection démographique (hypothèses sur l'évolution de la mortalité, de la fécondité et du solde migratoire).

1. Définir le recours aux soins actuels, par type de soins et par âge, sur la base de l'activité des établissements.



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENÈVE

www.geneve.ch

Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)
Direction générale de la santé (DGS)
Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)

1. Recours aux soins actuels

Provenance des données statistiques :

- En majorité de la **statistique publique** (OFS, OCSTAT, OBSAN) pour les données de base.
- Des **institutions subventionnées** (HUG, imad) lorsque plus de détails est nécessaire.



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENÈVE

www.geneve.ch

Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)
Direction générale de la santé (DGS)
Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)

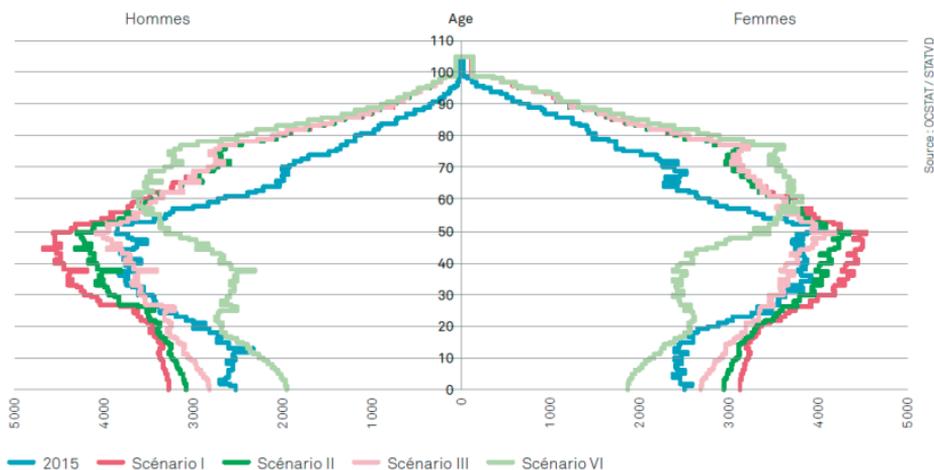
2 . Evolution démographique

- Utilisation des données de projections démographiques (OCSTAT).
- Trois hypothèses : évolutions de la fécondité, de la mortalité et de la migration.
- Scénario choisi : solde migratoire moyen, sur la base de l'évolution 2010-2015 (plutôt "optimiste").



Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)
 Direction générale de la santé (DGS)
 Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)

Population résidente selon le sexe et le scénario, par âge, en 2015 et 2040,
 dans le canton de Genève



Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)
 Direction générale de la santé (DGS)
 Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)

Gros plan sur la planification médico-sociale



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GÈNEVE

Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)
Direction générale de la santé (DGS)
Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)

Planification médico-sociale

La planification médico-sociale concerne :

- ✓ Les établissements médico-sociaux;
- ✓ Les soins à domicile;
- ✓ Les structures intermédiaires : IEPA, UATR, UATM, foyers.

Le modèle doit permettre de :

- ✓ Faire des hypothèses épidémiologiques et de politique publique.
- ✓ Prendre en compte les vases communicants entre les structures.



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GÈNEVE

Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)
Direction générale de la santé (DGS)
Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)

Scénarios épidémiologiques

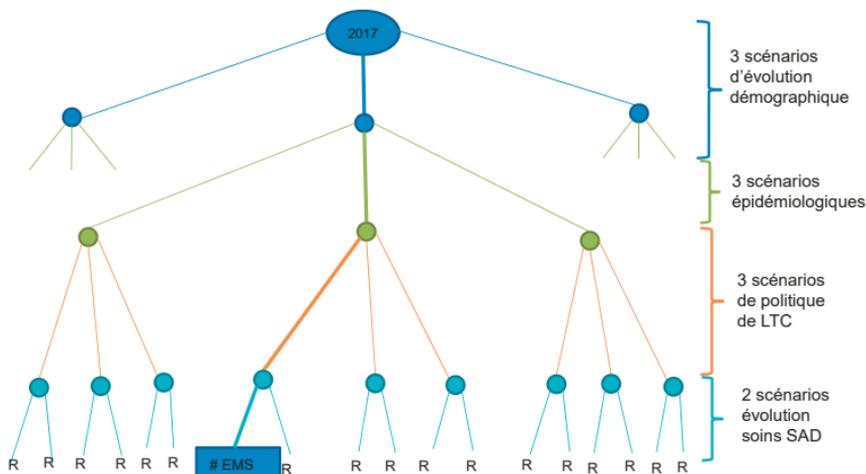
Les scénarios de projection permettent de faire des hypothèses sur :

- ✓ **L'évolution de l'état de santé de la population âgée :**
Les années de vie gagnées sont-elles des années en bonne santé ?
- ✓ **L'évolution de la politique de prise en charge :**
Souhaitons-nous continuer à promouvoir le maintien à domicile ?
Avec quelle intensité ?
- ✓ **L'évolution du nombre moyen d'heures de soins à domicile :**
Envisageons-nous une diminution ou une augmentation de la complexité des cas ?



Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)
Direction générale de la santé (DGS)
Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)

Les scénarios de planification médico-sociale

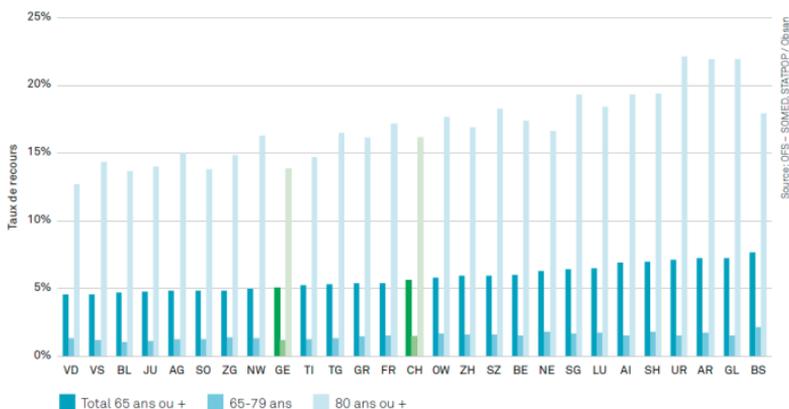


$3 \times 3 \times 3 \times 2 = 54$ résultats possibles



Taux de recours aux EMS

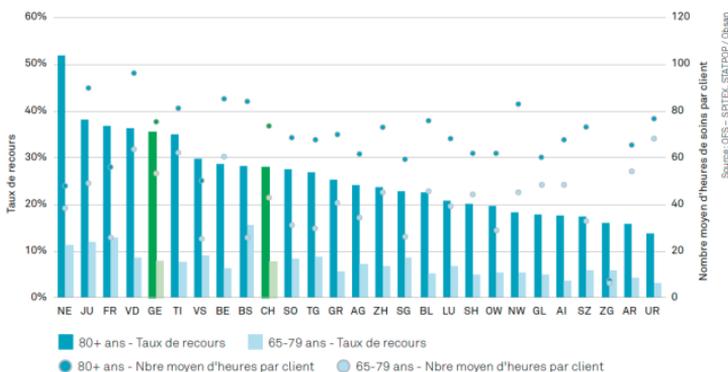
EMS : taux de recours des résidents de 65 ans ou plus, selon le canton de domicile et la classe d'âges, 2017



Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)
 Direction générale de la santé (DGS)
 Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)

Taux de recours aux SAD

SAD* : taux de recours de la population âgée de 65 ans ou plus et nombre moyen d'heures de soins par client de 65 ans ou plus, selon la classe d'âges et le canton, 2017



* : inclut l'ensemble des fournisseurs de prestations à domicile (publics, privés, infirmières indépendantes).



Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)
 Direction générale de la santé (DGS)
 Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)

Hypothèses retenues

Les scénarios de projection permettent de faire des hypothèses sur :

- ✓ L'évolution de l'état de santé de la population âgée :

Les années de vie gagnées sont des années en bonne santé.

- ✓ L'évolution de la politique de prise en charge :

Le seuil de maintien à domicile est atteint.

- ✓ L'évolution du nombre moyen d'heures de soins à domicile

Le nombre moyen d'heures de soins reste stable.



Principaux résultats

- **EMS**
1,6% de croissance annuelle moyenne du nombre de lits long-séjour (LS) en 2023 à 4 468 unités. Besoin net en 2023 : 209 unités.
- **SAD**
2,3% de croissance annuelle moyenne du nombre d'heures en 2023 à 1 083 944 heures pour l'ensemble des fournisseurs de prestations, soit **135 754** de plus qu'en 2017.
- **IEPA**
4,9% de croissance annuelle moyenne du nombre de logements en 2023 à 1 809 unités, soit 450 de plus qu'en 2017.



Gros plan sur la planification hospitalière



Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)
Direction générale de la santé (DGS)
Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)

Scénarios épidémiologiques

Les scénarios de projection permettent de faire des hypothèses sur :

- ✓ **L'évolution du taux d'hospitalisation par type de cas.**
- ✓ **La durée de séjour moyenne.**



Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)
Direction générale de la santé (DGS)
Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)

Planification hospitalière

- La planification hospitalière concerne les **cas stationnaires LAMal de résidents genevois** (y compris ceux soignés dans un autre canton) dans trois types de soins :
 - ✓ **Soins aigus** (~54'000 cas en 2016)
 - ✓ **Réadaptation** (~8'400 cas pour 274'000 journées)
 - ✓ **Psychiatrie** (~3'600 cas pour 128'000 journées)
- Moyen d'action : **édiction d'une liste hospitalière qui couvre les besoins en soins stationnaires de la population.**



Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)

Direction générale de la santé (DGS)

Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)

Taux d'hospitalisation pour 1'000 habitants

Soins aigus

	Cas	
	GE	CH
Total	109,98	137,39
0–17	83,35	101,02
18–39	70,25	86,02
40–59	72,91	93,92
60–79	192,47	234,90
80+	400,36	450,48



Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)

Direction générale de la santé (DGS)

Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)

Taux d'hospitalisation pour 1'000 habitants

Psychiatrie

	Taux pour 1000 habitants			
	Cas		Jours	
	GE	CH	GE	CH
Total	7,64	8,97	262,79	294,29
0–17	3,10	2,19	78,52	95,68
18–59	9,13	11,51	274,63	355,30
60–74	6,74	7,26	333,20	282,69
75+	8,82	8,99	491,40	316,33



Taux d'hospitalisation pour 1'000 habitants

Réadaptation

	Taux pour 1000 habitants			
	Cas		Jours	
	GE	CH	GE	CH
Total	17,17	10,63	575,68	247,06
0–17	0,05	0,32	3,14	11,90
18–64	6,11	4,33	159,96	107,63
65–69	29,05	20,42	863,48	460,33
70–74	47,69	32,22	1401,01	699,32
75–79	72,80	48,91	2429,01	1079,14
80–84	121,20	67,58	4066,78	1484,20
85–89	171,76	77,62	6952,20	1828,65
90+	222,43	74,86	9843,51	1900,56



Hypothèses retenues

- **Sur la base d'une étude sur l'évolution des cas de ces dernières années, on constate :**
 - ✓ Augmentation des cas d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque.
 - ✓ Augmentation des cas d'hospitalisation pour tumeurs secondaires.
- **Etant donné l'édiction de la liste "ambulatoire avant stationnaire" par l'OFSP :**
 - ✓ Suppression des cas d'hospitalisation potentiellement ambulatoires.



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENÈVE

www.geneve.ch

Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)
Direction générale de la santé (DGS)
Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)

Liste « ambulatoire avant stationnaire »

Pourcentage d'interventions réalisées en ambulatoire dans le canton de Genève en 2016

1	Varices	75.5
2	Hémorroïdes	71.5
3	Hernie inguinale	31.7
4.1	Col utérin	87.4
4.2	Examen de l'utérus	86.2
4.3	Curetage	94.5
5.1	Ménisectomie	37.5
5.2	Arthroscopie du genou	67.7
6	Amygdalectomie	19.4

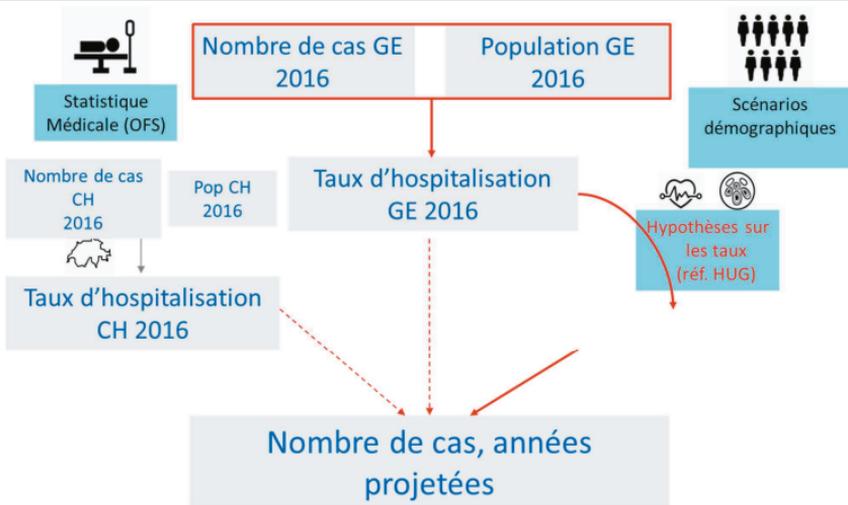


REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENÈVE

www.geneve.ch

Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)
Direction générale de la santé (DGS)
Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)

Bases du nouveau modèle de projection



Nouveau modèle de classification

- Dès 2020, utilisation du **modèle GPPH** (groupe de prestations pour la planification hospitalière).
- **Elaboré par la DS Zurich**, avec l'aide de plus de 100 spécialistes, et mis à jour annuellement.
- **Modèle recommandé par la CDS, et utilisé par la quasi-totalité des cantons.**
- Avantages :
 - ✓ Groupes de prestations médicalement pertinents;
 - ✓ Exigences médicalement fondées par groupe (disponibilité des spécialistes, urgences, niveau de soins intensifs, etc.);
 - ✓ Facilitation du travail inter cantonal.

Principaux résultats

- **Evolution annuelle moyenne du nombre de cas en soins aigus similaire à celle de la période 2016-2019 (~ 1,6%, soit 900 cas par an)**
 - Renouvellement de la liste pour couvrir les besoins.
- **Sans modification des prises en charge, 24 lits supplémentaires de psychiatrie nécessaires pour la période 2020-2023**
 - Mise en place d'un groupe de suivi des recommandations.
- **2,4% de croissance annuelle moyenne des journées de réadaptation**
 - Grandes incertitudes liées à la nouvelle structure tarifaire.
 - Besoins supplémentaires estimés à +37 lits d'ici 2023.



Gros plan sur les besoins en professionnels de santé



Méthode

- Les projections des besoins en personnel se basent sur :
 - les projections de la planification hospitalière et médico-sociales;
 - le taux d'occupation;
 - les effectifs au 31 décembre;
 - les futurs départs à la retraite.
- Secteurs de prise en charge considérés :
 - hôpitaux (soins aigus, psychiatrie et réadaptation);
 - EMS;
 - aide et soins à domicile.



Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)

Direction générale de la santé (DGS)

Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)

Résultats : Hôpitaux

Employés	Hôpitaux de soins aigus					Cliniques psychiatriques					Cliniques de réadaptation				
	2017	2030	Retraites	Période	Annuel	2017	2030	Retraites	Période	Annuel	2017	2030	Retraites	Période	Annuel
Médecins	1764	2143	294	673	52	330	370	70	110	8	193	261	36	104	8
Personnel soignant	4258	5174	1002	1918	148	845	948	259	362	28	1158	1565	385	792	61
Degré tertiaire	3084	3747	675	1338	103	759	852	227	320	25	673	910	197	434	33
Degré secondaire II	1123	1365	313	555	43	82	92	32	42	3	474	641	186	353	27
Autres/sans formation	51	62	14	25	2	4	4	0	0	0	11	15	2	6	0
Sages-femmes	288	350	44	106	8				0	0				0	0
Personnel médico-technique	837	1017	249	429	33	2	2	1	1	0	6	8	5	7	1
Personnel médico-thérapeutique	261	317	55	111	9	185	208	48	71	5	151	204	28	81	6
Total	7408	9002	1644	3238	249	1362	1529	378	545	42	1508	2039	455	986	76

Annuellement:

Soins aigus: +249 personnes

Psy: +42 personnes

Réa: +76 personnes



**+367 personnes dont
161 infirmiers-ères**



Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)

Direction générale de la santé (DGS)

Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)

Résultats : EMS

Employés	EMS							
	2017	2030 min ² -max ³	Retraites	Période min	Période max	Annuel min	Annuel max	
Médecins	51	66	75	39	54	63	4	5
Personnel soignant	3216	4149	4728	965	1898	2477	146	191
Degré tertiaire	835	1077	1227	275	517	667	40	51
Degré secondaire II	1134	1463	1667	397	726	930	56	72
Autres/sans formation	1247	1609	1833	293	655	879	50	68
Personnel médico-thérapeutique	42	54	62	20	32	40	2	3
Total	3309	4269	4864	1024	1984	2579	153	198

Annuellement: entre 153 et 198 personnes



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENÈVE

Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)

Direction générale de la santé (DGS)
Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)

Résultats : OSAD

Employés	SAD							
	2017	2030 min ² -max ³	Retraites estimées	Période min	Période max	Annuel min	Annuel max	
Personnel soignant	2681	3444	3786	727	1490	1832	115	141
Degré tertiaire	1020	1319	1451	262	561	693	43	53
Degré secondaire II	783	1001	1100	259	477	576	37	44
Autres/sans formation	878	1124	1235	206	452	563	35	43
Personnel médico-thérapeutique	40	51	56	9	20	25	2	2
Total	2721	3495	3842	736	1510	1857	116	143

Annuellement : entre 116 et 143 personnes.



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENÈVE

Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)

Direction générale de la santé (DGS)
Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)

Résultats complets

Employés	EMS							
	2017	2030 min ² -max ³	Retraites	Période min	Période max	Annuel min	Annuel max	
Médecins	51	66	75	39	54	63	4	5
Personnel soignant	3216	4149	4728	965	1898	2477	146	191
Degré tertiaire	835	1077	1227	275	517	667	40	51
Degré secondaire II	1134	1463	1667	397	726	930	56	72
Autres/sans formation	1247	1609	1833	293	655	879	50	68
Personnel médico-thérapeutique	42	54	62	20	32	40	2	3
Total	3309	4269	4864	1024	1984	2579	153	198

Annuellement, le besoin est compris entre **636 et 708** personnes, dont 58% pour les hôpitaux, 24% pour les EMS et 18% pour les SAD.



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENÈVE

www.geneve.ch

Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)

Direction générale de la santé (DGS)

Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)

Liste hospitalière



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENÈVE

www.geneve.ch

Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)

Direction générale de la santé (DGS)

Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)

Nouvelle liste hospitalière (1/2)

En rouge, avant 2019

En bleu, après 2019

- Les besoins en soins à couvrir correspondent aux cas ne bénéficiant que de l'assurance obligatoire des soins.
- Les besoins en soins correspondent à l'intégralité des cas bénéficiant de l'assurance obligatoire des soins (y c. ceux avec une assurance complémentaire).
- Les cas soumis à appel d'offres correspondent à ceux qui ne sont pas effectués par les HUG.
- Tous les cas LAMal sont soumis à l'appel d'offres.



Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)
Direction générale de la santé (DGS)
Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)

Nouvelle liste hospitalière (2/2)

- Les établissements privés inscrits sur la liste ont une enveloppe financière qui limite le nombre de cas que le canton cofinance en une année.
- Les établissements inscrits sur la liste ne sont pas limités en nombre maximal de cas LAMal et en cofinancement de l'Etat pour les missions qui leur ont été attribuées, mais doivent faire au minimum 50% de cas d'assurés de base dans le paquet de base, et 50% dans les prestations spécialisées.
- Des enveloppes sont prévues par établissement pour couvrir les soins (y c. aux HUG).
- Le financement se fait désormais à la prestation (y c. aux HUG).



Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)
Direction générale de la santé (DGS)
Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)

Planification hospitalière : processus

- Appel d'offres diffusé le 16 mai 2019.
- Délai de restitution fixé au 27 juin 2019.
- Premier projet de décision communiqué le 2 octobre 2019.
- Processus de décision et droit d'être entendu jusqu'au 6 novembre 2019.
- Projet de décision finale communiqué le 22 novembre 2019.
- Décision finale sous forme d'arrêté du Conseil d'Etat le 11 décembre 2019.



Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)
Direction générale de la santé (DGS)
Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)



Merci de votre attention



Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES)
Direction générale de la santé (DGS)
Service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP)