

*Date de dépôt : 10 novembre 2020*

## **Rapport**

**de la commission des finances chargée d'étudier le projet de loi du Conseil d'Etat accordant une indemnité annuelle de fonctionnement aux Hôpitaux universitaires de Genève pour les années 2020 à 2023**

### **Rapport de M. Alberto Velasco**

Mesdames et  
Messieurs les députés,

La commission des finances a étudié le projet de loi susvisé lors de ses séances des 2, 16 et 30 septembre 2020, sous les présidences successives de M. Olivier Cerutti, puis de M. Eric Leyvraz.

La commission des finances a été assistée dans ses travaux par M. Raphaël Audria.

Les procès-verbaux de ces séances ont été rédigés par M. Gérard Riedi.

Que toutes ces personnes soient remerciées du soutien apporté à la commission.

### **Introduction**

Le présent projet de loi fixe les indemnités monétaires de fonctionnement accordées par l'Etat de Genève aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour leurs missions d'intérêt général et pour leurs missions de formation et de recherche. Il porte sur le contrat de prestations entre le canton et les HUG couvrant les années 2020 à 2023. Le présent projet de loi respecte quant à la forme le modèle standard élaboré par le groupe interdépartemental chargé de la coordination de la mise en œuvre de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005 (LIAF ; D 1 11). Le contrat de prestations s'inscrit dans le programme budgétaire relatif au réseau de soins.

A noter que le présent projet de loi et le contrat de prestations ont été élaborés sur la base de la planification des besoins pour la période 2020-2023, mais ne tiennent pas compte des effets sur les charges et recettes des HUG de l'épidémie de COVID-19 qui s'est déclenchée dans l'intervalle. Ces effets feront l'objet de chiffrages séparés et de demandes de crédits supplémentaires.

## **TRAVAUX DE LA COMMISSION**

### **Auditions**

**Audition de M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat, M. Adrien Bron, directeur général, DGS, DSES, et M. Michel Clavel, directeur, direction financière, DSES**

En préambule, M. Poggia relève que, si on compare ces chiffres globaux de ce qui a été versé aux HUG, il y a une nette diminution. Ce n'est pas l'obligation de l'Etat vis-à-vis des HUG qui diminue. C'est que, compte tenu de la nouvelle planification hospitalière (c'est la même chose à l'IMAD pour les soins à domicile), toute la prise en charge pour les soins aigus est maintenant rétribuée à l'acte avec 55% de participation du canton et 45% de l'assurance-maladie. En pratique, l'Etat ne va pas recevoir une facture pour chaque intervention, mais cela va fonctionner de cette manière. Avant, les HUG recevaient une enveloppe calculée assez justement (il y avait chaque fois un retour pour savoir si l'Etat avait été trop large ou non) et qui était la résultante de multiplications internes du code de chaque intervention par rapport au nombre d'interventions de ce type qui était estimé pour l'année en question (en fonction de ce qu'il y avait eu l'année précédente). Aujourd'hui, les HUG doivent facturer pour recevoir l'argent, même si on va prévoir des roulements mensuels pour pouvoir leur donner des liquidités, et ils ne seront rémunérés que pour ce qu'ils font effectivement au nombre d'opérations près. Toutes les opérations pour lesquelles le canton intervient à hauteur de 55% ne sont plus dans le contrat de prestations.

Le contrat de prestations comprend donc les prestations de formation et de recherche clinique qui sont des missions d'intérêt général attribuées aux HUG et qui sont prises en charge par le canton. A ce niveau, il y a une enveloppe globale. Il y a également une indemnité pour les prestations relatives aux missions d'intérêt général qui ne sont pas la formation et la recherche. Cela peut ainsi être le programme « santé migrants » et il faut que les HUG puissent intervenir pour des personnes qui n'ont pas de couverture d'assurance-maladie. Si on ne soigne pas quelqu'un qui a la tuberculose parce qu'il n'est pas assuré, cela peut poser quelques problèmes pour la

population en général. Il y a également toutes les autres politiques d'intérêt général, notamment dans le domaine de l'addiction ou de la toxicomanie, où les HUG sont les partenaires de l'Etat.

Ensuite, M. Poggia estime que là où il y a sans doute le plus de discussions, c'est la colonne « indemnité résiduelle pour politique salariale de l'Etat et sous-couverture par les structures tarifaires ». Aujourd'hui, Genève a une politique salariale imposée aux HUG qui amène ceux-ci à devoir verser des salaires supérieurs à ceux que l'on voit dans d'autres cantons (de l'ordre de 10% à 15%). C'est une politique salariale qui est voulue politiquement parce qu'on pourrait dire aux HUG de fixer leur politique salariale comme les cliniques privées, ce qui n'est pas le cas. Il n'y a pas de volonté politique majoritaire pour cela et les HUG ne peuvent donc pas jouer sur cette marge.

Enfin, M. Poggia explique que la rémunération que les HUG reçoivent est la résultante de deux éléments. Il y a tout d'abord le code SwissDRG qui est multiplié par un point négocié avec les assureurs. Si on compare le tarif du point pour telle intervention, qui est le même pour toute la Suisse, à la valeur du point qui est négociée à Genève de manière uniforme pour les hôpitaux publics, on obtient un résultat qui ne couvre pas entièrement le travail qui est fait pour la prestation. Cette différence est liée au fait que le personnel coûte plus cher aux HUG. Si on veut avoir le personnel qu'il faut, comme dans les autres cantons, avec un salaire supérieur, il faut que l'Etat verse cette différence aux HUG, ce qui correspond à cette troisième colonne figurant dans le contrat de prestations. Il précise que, auparavant, c'était intégré dans la prestation globale pour les soins aigus. Comme, aujourd'hui, ce qu'on va verser dans cette rémunération à la prestation va être uniquement les 55% de cette résultante, ces 55% additionnés aux 45% des assureurs seront inférieurs à ce qui est nécessaire pour produire le soin en question aux HUG. On est donc obligé de mettre ce complément sur une autre rubrique qui est celle du contrat de prestations.

### *Questions des commissaires*

Une commissaire qui a de la peine à s'y retrouver dans le financement des prestations hospitalières demande s'il serait possible d'avoir une présentation assez générale sur le financement des prestations hospitalières à Genève. Elle note également que ce contrat de prestations ne tient pas compte de l'élément COVID et de ses impacts, puisqu'il est fait sur la base des années antérieures et des évaluations des besoins futurs au moment de sa réalisation. Pour les missions d'intérêt général des HUG, elle imagine toutefois que le COVID peut avoir des répercussions.

M. Poggia répond que le département apporte volontiers des explications sur la planification hospitalière cantonale. M. Mueller peut essayer de le présenter de la manière la plus vulgarisée possible. En gros, il faut comprendre que l'Etat, selon la LAMal, a l'obligation de participer à 55% minimum (il peut même être plus généreux) de toutes les opérations en soins aigus qui se font avec les hôpitaux sur la liste. Le canton doit ainsi établir une liste où sont indiqués les pôles de spécialités pour lesquels un hôpital peut être sur la liste. Dès lors qu'un hôpital est sur la liste, cela veut dire que le canton a l'obligation, pour les patients qui se font opérer dans cet hôpital, de payer le 55%.

La question est de savoir ce qui fait que l'on met un hôpital et pas un autre sur la liste pour telle prestation. En fait, c'est décidé en fonction de critères qui doivent être les plus objectifs possible de qualité (il ne s'agit pas de favoriser les HUG au détriment des cliniques). Il faut ainsi pouvoir, par des critères de qualité (cela peut parfois aussi découler de la concentration des cas en un seul endroit, puisque plus on opère dans un endroit un type d'affection, plus les médecins qui s'en occupent restent adroits) et de politique sanitaire globale. Tout cela est donc fait sur la base la plus ouverte possible, puisque les hôpitaux doivent dire, sur la base d'un appel d'offres, sur quels pôles d'activités ils souhaitent être sur la liste cantonale. Ensuite, c'est le canton qui établit cette liste qui peut faire l'objet d'une contestation et, le cas échéant, d'un recours devant les tribunaux. Tout cela se fait sur plusieurs mois puisqu'il y a des négociations. Le canton peut en effet leur demander des pièces complémentaires pour démontrer combien ils auraient fait d'opérations dans tel secteur, mais on est assez bien documenté. M. Poggia dirait que la manière dont les listes hospitalières sont faites fait l'objet de peu de critiques. Cela étant, certains souhaiteraient faire un peu de tout, mais on ne peut pas faire un peu de tout et faire tout bien. Le canton doit donc prendre des décisions.

Le choix qui se pose pour le canton est soit de laisser une liberté totale au patient et, où qu'il aille, le canton paiera le 55% pour autant qu'il aille dans un hôpital sur la liste et qui est sur celle-ci pour le pôle d'activité concerné, soit de mettre des critères pour éviter qu'il y ait une lutte de concurrence ou d'appel entre les hôpitaux (on sait que ce qui amène un patient à aller dans un hôpital, ce n'est pas le Gault et Millau des hôpitaux, mais la réputation du chirurgien qu'on nous a dit être très bien et qui opère dans telle clinique).

Le canton a également mis un critère pour éviter qu'il y ait une sélection des risques. Ce n'est pas que les cliniques ont forcément intérêt à ce que le canton participe à 55% de toutes les opérations faites chez eux, mais ils ont une pression des assureurs privés. En effet, les patients privés, en plus du

canton et de l'assureur LAMal, peuvent avoir un troisième acteur qui est l'assureur privé qui participe pour tout ou partie. Avant 2012, si vous aviez une assurance privée ou semi-privée, vous alliez en clinique et c'est l'assurance privée qui payait la totalité de l'opération. A partir de 2012, les choses ont changé et les assureurs privés ont bien compris l'intérêt qu'il pouvait y avoir, sur une facture de 10, à faire payer une partie par le canton et une autre par la LAMal pour que le solde de leurs factures soit plus bas. Le canton de Genève a ainsi mis une règle supplémentaire qui est le 1 pour 1. Pour tout hôpital, y compris les HUG (en pratique, cela n'a aucune influence pour les HUG puisqu'ils ont beaucoup plus d'assurés LAMal uniquement que d'assurés LAMal et assurance privée), qui est sur la liste, le canton ne participe pour les patients privés que pour autant qu'ils prennent en charge un patient purement LAMal.

Si une clinique privée genevoise fait des opérations de prothèse du genou et qu'elle veut que les patients privés venant chez elle bénéficient de la participation cantonale, il faut qu'elle en prenne au moins 250 n'ayant que la LAMal sur les 500 opérations réalisées. Si elle n'en prend que 100 qui n'ont que la LAMal, le canton ne participera que pour 100 patients qui ont une assurance privée. Sans cela, les cliniques privées, sous la pression des assureurs privés, ne prendront que les patients privés plus intéressants en sachant que, de toute façon, ils seront mieux rémunérés et qu'ils auront la participation du canton et de l'assureur LAMal en plus de celle de l'assureur privé. On veut ainsi qu'elles participent à l'effort général de prise en charge. En effet, si on est obligé de prendre en charge des patients qui ne sont pas aux HUG, c'est pour soulager les HUG et, à terme, faire en sorte que les HUG puissent réduire leur volume de prestations dans certains pôles particuliers.

Concernant le COVID-19 et son impact, on ne sait pas aujourd'hui ce qu'il en sera en octobre et encore moins l'année prochaine. Sachant que c'est un risque, on préfère venir le cas échéant avec un crédit supplémentaire parce que le COVID-19 sera toujours là avec ses conséquences plutôt que de le calculer déjà, sachant que ce contrat de prestations a commencé à être discuté l'année dernière, avant qu'apparaissent les questions liées au COVID-19. Le résultat qui est soumis aux commissaires est un résultat avant le COVID-19. Quant à savoir s'il aurait fallu arrêter tout le processus et modifier les raisonnements pour intégrer le risque COVID, M. Poggia pense que cela serait aussi maladroit de l'intégrer que de dire qu'il n'y aura pas d'effort COVID. Il y en aura peut-être un, mais, s'il est là, le Conseil d'Etat viendra le moment venu avec une demande de crédit supplémentaire.

Ensuite, la commissaire note qu'il y a l'impact de l'épidémie de COVID-19 que l'on connaît maintenant et ce qu'il nous a fait comprendre, c'est qu'on est vulnérable à ce type d'épidémie. Il n'y en aura peut-être pas d'autres dans les 20 ans à venir, mais il pourrait aussi y en avoir une autre. Dès lors, elle aimerait savoir s'il y a eu une réflexion avec les HUG pour savoir comment prévenir ce risque d'épidémie et comment assurer une meilleure réaction ou une capacité d'adaptation des structures hospitalières vis-à-vis de ce type de risque.

M. Poggia estime qu'on peut difficilement prévenir une épidémie. Celles-ci partent d'ailleurs rarement de nos pays. Ainsi, à moins de vivre en autarcie, mais cela ne correspond pas à notre monde moderne, ce sera difficile. Il faut bien entendu être plus attentif à ce qui se passe ailleurs, mais M. Poggia ne pense pas qu'on ait tardé à réagir au COVID-19. En effet, dès le mois de janvier, les HUG voyaient que les choses bougeaient en Chine et ont commencé à mettre en place la réponse adéquate.

Les commissaires peuvent voir avec le crédit supplémentaire demandé pour la fin de l'année que les sommes, notamment pour être prêt à réagir, sont importantes. Si M. Poggia vient dire qu'il faudra garder, parce qu'il y aura peut-être des épidémies dans l'avenir, une aile complète des HUG vide avec le personnel nécessaire, les commissaires vont dire que c'est quand même beaucoup d'argent pour un risque dont la probabilité, si on en juge sur les 100 dernières années, n'est pas très grande. A moins que l'on pense que la réactivité des HUG a été à ce point défaillante pour le COVID-19 qu'il faut essayer d'y remédier, M. Poggia pense qu'on peut tabler sur le fait que, si cela devait revenir, on aurait la même réactivité et qu'investir pour une future épidémie serait disproportionné par rapport à l'importance du risque.

M. Bron croit que, en termes de prévention, c'est justement le sens d'avoir un dispositif de surveillance et de capacité de réaction pour les maladies transmissibles dans la communauté (ce n'est pas uniquement hospitalier). C'est une des conséquences que l'on tire de cette crise. Il faut que l'on soit mieux doté en capacité de maîtriser des chaînes d'épidémie et pas seulement avoir un bout de temps partiel pour traiter une rougeole à chaque tremblement de terre. Il faut avoir quelque chose d'un peu plus robuste à ce niveau. Sur la temporalité, les contrats de prestations sont quadriennaux et il faut arrêter le curseur à un moment donné. En effet, les éléments nouveaux qui permettent de connaître un peu mieux de quoi seront faits les six prochains mois, il y en a sans arrêt. Ce n'est pas un budget, mais un contrat global sur 4 ans et on ne peut pas intégrer tous les événements nouveaux que l'on connaît depuis le moment où il a été déposé, sinon on ne dépose jamais les contrats de prestations ou on les change tout le temps.

La commissaire relève que tous les financements cantonaux pour les soins aigus sont sortis de ce contrat de prestations. Cela rend donc la comparaison difficile avec l'ancien contrat de prestations. Dès lors, elle aimerait savoir s'il est possible d'avoir une comparaison par rapport à l'ancien contrat de prestations. M. Clavel précise que, dans les documents sur le budget 2020, il y a un tel tableau à la fin de la liste des subventions.

*Un commissaire aimerait savoir comment s'articule cette nouvelle somme dans le projet de budget 2021. Il aimerait être sûr que ce n'est pas une façon de présenter différemment le budget pour le rendre plus favorable, quitte à devoir payer, l'année suivante, un montant supplémentaire.*

M. Poggia répond qu'il y a une ligne budgétaire pour les soins aigus qui est claire dans le projet de budget 2021. Ce n'est plus dans le contrat de prestations puisque c'est une obligation LAMal. Ce n'est donc pas un contrat. Le canton n'a pas le choix. Il faudra payer les opérations qui seront faites, mais la somme est bien dans le budget. Cela étant, M. Poggia pense qu'il est possible de faire une comparaison entre l'ancien et le nouveau contrat de prestations, en tout cas pour la formation et la recherche et les missions d'intérêt général. Concernant les indemnités pour la politique salariale de l'Etat, cette ligne a été intégrée dans l'enveloppe qui est versée pour les soins aigus. C'est une ligne qui peut être donnée à la commission des finances en précisant quel montant a été mis dans le projet de budget 2021 (HUG et cliniques privées sont sur la même ligne). M. Clavel précise qu'il est prévu d'actualiser ce montant au projet de budget 2021.

*Concernant le contrat de prestations qui augmente de 10 millions de francs sur 4 ans pour les missions d'intérêt général, un commissaire aimerait connaître la raison de cette augmentation.*

M. Bron rappelle que tout ce qui est dans le contrat de prestations c'est tout ce qui est non LAMal. Dans les augmentations dans les missions d'intérêt général, c'est surtout l'augmentation de la capacité d'accueil des urgences. On voit qu'il y a chaque année une augmentation du recours aux urgences, ce qui n'est pas couvert par les structures tarifaires. Il y a ainsi une augmentation nécessaire de la capacité des urgences qui correspond simplement à la planification. Il y a aussi une petite augmentation pour mieux doter les capacités de tri de la centrale 144 et mieux se préparer pour la médecine en cas de catastrophe avec des gens qui sont capables de coordonner et d'assurer les formations et les entraînements en cas de catastrophe. Enfin, le gros de l'augmentation dépendra de la planification pénitentiaire puisque ce sont les soins aux détenus. C'est ainsi tributaire de la réalisation ou non des établissements nouveaux. Si les places ne sont pas faites, les montants ne seront alors pas dépensés.

Le commissaire prend le cas où les coûts de traitement des détenus devaient être à la charge de l'Etat puisqu'un projet de loi ou une initiative préconise cela. Il imagine que cela augmenterait encore le montant des missions d'intérêt général.

M. Poggia précise que c'est une toute petite partie qui est facturée. C'est, sauf erreur, jusqu'à concurrence d'un sixième du pécule. Ce sont des sommes assez dérisoires et cela ne va pas augmenter, et M. Bron pense que ce ne sont pas des sommes de nature à faire des modifications du contrat de prestations. Cela resterait dans le cadre du plafond de dépenses autorisées par ce contrat de prestations.

Il explique que ce changement dans lequel on amène le détenu à participer, comme tout citoyen le fait, par le paiement de ses primes et de sa franchise, aux coûts de la santé, c'est avec un ordre de priorité pour autant que toutes les obligations alimentaires et extérieures soient payées. Il y a ainsi toute une série de frais qui passent avant. Finalement, si le détenu a quand même assez, on lui demande de participer. On s'est simplement aligné sur ce qui se fait partout ailleurs en Suisse alors que le canton de Genève ne le faisait pas du tout jusqu'à présent. C'est une somme qui est modeste en tant que telle. C'est plus une question de principe pour faire comme tout le monde plutôt que de se dire que, à Genève, les gens n'ont rien à payer, même s'ils ont de l'argent sur leur compte, étant précisé qu'il y a un incompressible que l'on ne peut pas toucher parce que cette somme doit être à disposition du détenu lorsqu'il est remis en liberté.

Au sujet de la progression 2020 à 2023, un commissaire aimerait comprendre pourquoi on arrive à cette progression et, concernant la 3<sup>e</sup> colonne et la sous-couverture par les structures tarifaires, il comprend que c'est notamment la partie salariale. Dès lors, il suppose que, en tout cas dans la projection, il n'y a pas d'augmentation salariale prévue aux HUG jusqu'en 2023 vu que le montant inscrit dans cette colonne n'évolue pas au fil des années. Enfin, en page 24 de l'exposé des motifs, il est question de la modélisation financière des écarts salariaux et il est dit que « ce surcoût n'est pas couvert par les tarifs, d'une part, parce que les structures tarifaires se basent sur des coûts salariaux moyens suisses et, d'autre part, parce que les assureurs refusent de financer la politique salariale de l'Etat de Genève par des prix de base plus élevés ». Il constate qu'on paie pourtant des primes d'assurance-maladie plus élevées à Genève et il aimerait donc comprendre pourquoi on paie plus cher au final.

M. Poggia explique que, si c'est au chiffre près, c'est parce que ces coûts sont la résultante de calculs. On pourrait arrondir, mais on préfère avoir des résultantes qu'on peut justifier mathématiquement. Cela étant, s'il y avait une



perception différente du parlement, on pourrait arrondir, mais le fait d'arrondir est toujours perçu comme suspect. Concernant la progression d'une année à l'autre, il serait tout aussi faux de prévoir une progression pour des augmentations salariales qui ne sont pas décidées encore. C'est aux HUG de décider des progressions salariales. Au contraire, M. Poggia sait qu'ils discutent pour certaines professions. D'ailleurs, on discute même d'une revalorisation des ASSC. Ensuite, les HUG se débrouilleront. C'est une grosse machine et ce sont de gros montants. Ensuite, ce sera à eux de jouer avec cela. M. Bron précise que les contrats de prestations s'entendent toujours hors mécanismes salariaux et M. Clavel indique que la LIAF précise que les montants figurant dans les contrats de prestations sont constants et font l'objet d'ajouts dans les budgets suivants.

Ensuite, le commissaire comprend qu'il y a un ajustement du montant des salaires dans chaque nouveau contrat de prestations.

M. Poggia confirme que c'est réévalué au début de chaque contrat de prestations. Il explique également que l'on paie des primes plus chères à Genève selon les assureurs non pas parce que les infirmières sont mieux payées que dans le canton de Vaud, mais parce que les Genevois coûtent davantage que les assurés d'autres cantons et consomment davantage de soins. On ne peut pas le répercuter sur des tarifs (TARMED ou SwissDRG) négociés avec les assureurs et qui font l'objet d'un consensus. Il faut voir qu'il y a les mécanismes salariaux et l'échelle des traitements qui est supérieure à Genève, mais il y a aussi le fait que le système SwissDRG en lui-même sous-rémunère les hôpitaux universitaires. On considère qu'on est à 92% de couverture du coût effectif des hôpitaux universitaires. Si on ne paie pas la différence, l'addition des 55% payés par le canton et des 45% payés par les assureurs-maladie ne couvre pas 100% du coût de production du soin, mais uniquement 92% de celui-ci.

En ayant un hôpital universitaire – c'est le cas pour les autres hôpitaux universitaires de Suisse – cela fait déjà une différence alors que, à l'inverse, beaucoup d'hôpitaux privés ont une sur-rémunération de l'ordre de 102% à 106%. C'est toute la difficulté de ce mode de rémunération qui est constamment revu, mais qui, aujourd'hui, n'est pas assez fin pour tenir compte des propriétés d'un hôpital universitaire. Pour répondre plus précisément à la question du commissaire, jamais on ne pourra venir dire que, si les primes sont plus chères à Genève, il faudrait que les 10 650 points SwissDRG genevois passent à 12 000 et que les assureurs paient 12 000 et non 10 650. S'ils passent à 12 000, on verra que ce sont les primes qui augmenteront pour compenser la différence.

Concernant la situation COVID qui est difficile pour les restaurants en raison des mesures imposées, un commissaire demande si on pourrait avoir un calendrier pour savoir quand ces mesures pourront être allégées afin que ces secteurs puissent retrouver une activité la plus normale possible. Il aimerait également savoir si c'est le médecin cantonal qui est l'autorité qui décide ou si la décision est prise entre l'avis médical et l'avis politique.

M. Poggia répond qu'ils ne sont pas l'autorité d'enregistrement des propositions du médecin cantonal, même s'il était absurde de ne pas écouter les spécialistes. La médecin cantonale, elle-même, ne fait pas ses propositions en se levant le matin, mais avec des réunions régulières avec l'ensemble des médecins cantonaux suisses et en regardant tout ce qui se passe en Europe et dans le monde. Ensuite, il y a effectivement une part politique.

Il ajoute qu'aujourd'hui, rien ne s'opposerait au port du masque dans les rues marchandes et, théoriquement, on pourrait le justifier. A quelques kilomètres de Genève, la France impose le port du masque dans les lieux de travail où une distance minimale entre les personnes ne peut pas être respectée. Si on ne l'a pas mis en place à Genève, c'est parce que la médecin cantonale n'y voit pas de sens et, si elle y voyait un sens, on comprendrait bien que l'on dépasserait peut-être le niveau de compréhension de la population sur la pertinence de la mesure. Il y a des motifs politiques aussi, mais pas de là à dire que c'est pour cela que M. Poggia ira dire que, en principe, à mi-novembre, on aura fait assez peur à la population et que l'on pourra alors lever la mesure (certains pensent que le but est de faire peur aux gens). Il est vrai que la crainte de quelque chose facilite la mise en œuvre des mesures. Quand les gens ont peur d'attraper le virus, ils sont évidemment plus prudents que s'ils n'ont pas peur. De là à créer une peur inutile pour susciter l'adhésion à des mesures, il y a un pas qu'on ne franchit pas. D'ailleurs, si on a autant de peine aujourd'hui à faire passer des messages, c'est parce que les gens ne voient plus de morts (pour parler de manière cynique). Ils se disent que le virus a muté et qu'il n'est plus aussi mortel qu'avant, alors que ce n'est pas le cas du tout.

Ensuite, M. Poggia explique qu'il y a plusieurs explications à cela, dont le fait que les mesures mises en place portent leurs fruits. C'est même paradoxal, parce que plus les mesures portent leurs fruits, plus on vient leur reprocher de les maintenir. De la même manière, il y a moins de morts sur les autoroutes depuis que l'on a mis la limitation à 120 km/h et on pourrait dire qu'il faut maintenant enlever la limitation. On peut avoir un tel raisonnement, mais on comprend bien que, à un moment donné, il y a une relation de cause à effet.

Il ajoute qu'aujourd'hui, on a décidé de prolonger la fermeture des discothèques et dancings parce qu'on voit que la mesure a porté ses fruits, même si ce n'est pas la seule. Concernant les bars, on a mis en place le fait que les gens ne sont plus debout à une table à faire tchin-tchin et à s'embrasser. Cela porte ses fruits, mais de là à dire que ceux qui ne le font pas sont pires, il constate, objectivement et sans tirer de lien de cause à effet, que le canton de Vaud a maintenant dépassé le canton de Genève. M. Poggia ne dit pas qu'il aurait fallu faire comme Genève pour être aussi bon, mais on voit bien que les mesures ont quand même des effets. On a dû fermer deux classes en raison de contaminations parce qu'il y a eu des imprudences. M. Poggia pense qu'il y a des règles élémentaires et des plans de protection et qu'il faut essayer d'être un peu discipliné. Quand on travaille dans un EMS ou dans une institution pour la petite enfance, on a des responsabilités et on ne va pas faire la foire avec des copains dans des restaurants ou dans des lieux privés, ne pas mettre le masque quand on devrait le mettre, voire ne pas le mettre lorsqu'on pourrait ne pas le mettre, mais que l'on sait qu'il y a quand même un risque. Il y a un minimum de réflexion à avoir. Le but est aussi que les élèves puissent avoir une scolarité qui ne soit pas constamment entrecoupée de périodes dans lesquelles ils sont à domicile pour être certains qu'ils ne vont pas contaminer d'autres personnes. Cela étant, tout se discute aujourd'hui.

Quant à savoir à quel moment on pourra modifier ces restrictions, M. Poggia pense que tant qu'on n'aura pas une quinzaine de cas par jour (on est allé jusqu'à une soixantaine de cas par jour et on a aujourd'hui entre 30 et 40 cas par jour), ce qui est une limite qu'ils se sont fixée avec laquelle on peut gérer les traçages correctement, il faut maintenir les règles de prudence qu'on a imposées. Il y a aussi les grandes manifestations qui ne seront plus limitées à 1000 participants à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2020. Là aussi, il faudra mettre en place des plans de protection. Il faudra voir quelle sera la discipline des gens, pas seulement dans une salle de spectacle ou dans les gradins d'un terrain de football, mais aussi en arrivant et en sortant.

Ensuite, le commissaire aimerait savoir comment on oblige les gens à mettre un masque pour aller aux toilettes si on autorise plus de 1000 personnes à se réunir en indiquant qu'il y a quand même une disproportion à ce niveau.

M. Poggia constate que, si l'on veut que Genève soit dans la liste rouge de tous les pays et que les Genevois soient obligés de rester dans leurs frontières parce qu'on est meilleur qu'ailleurs, c'est dans ce sens qu'il faut aller. L'exemple de la Suède est toujours mis en avant, mais il faut voir qu'elle n'a pas la même densité de population. La Grande-Bretagne a

appliqué la même politique, mais elle a dû faire marche arrière, parce qu'elle a vu que cela serait catastrophique compte tenu de la densité. Par rapport aux pays scandinaves, on voit que la situation de la Suède est beaucoup plus problématique. Stockholm, qui a une densité de population comparable à la nôtre, a un taux de mortalité qui est le double du nôtre.

### **Discussion de la commission**

Le président note que la commission n'a pas terminé les auditions avec les départements ni avec les HUG. A la suite de quoi le groupe socialiste rappelle sa demande d'avoir une présentation du département sur le mécanisme de financement des prestations hospitalières. Il aimerait aussi proposer l'audition du SSP sur ce contrat de prestations. Il y a en effet un enjeu sur les conditions de travail du personnel des HUG.

Le groupe PDC ne voit pas pourquoi auditionner les syndicats concernant un contrat de prestations qui est entre l'Etat et les HUG.

Le groupe EAG fait remarquer qu'un montant est alloué aux salaires dans le contrat de prestations, ce qui touche assez directement les salariés. Ce montant est défini par le nombre de personnes qui sont engagées et le montant de leurs salaires. Dans un contrat de prestations que l'Etat négocie avec les HUG ou avec n'importe quelle autre entité, la question de savoir combien de personnes travaillent, combien de temps, etc., est absolument centrale.

A la suite de quoi le président constate qu'il n'y a pas de majorité pour une audition du SSP, et un commissaire fait remarquer que la commission n'a jamais entendu un seul syndicat pour un contrat de prestations. Ce qui est contredit par le groupe socialiste, qui note que la commission a au moins auditionné les syndicats pour le contrat de prestations sur les EMS.

Le président pense que la commission pourrait peut-être demander un avis écrit au SSP, ce qui est appuyé par le groupe MCG en indiquant que, le cas échéant, les syndicats demanderont une audition.

Le groupe PLR relève que les syndicats ne sont pas signataires du contrat de prestations.

Le groupe PLR estime que, si c'est pour entendre les syndicats dire qu'il n'y a pas assez de personnel et que les salaires ne sont pas assez élevés, cela ne sert à rien. En règle générale, on n'auditionne pas les syndicats concernant les contrats de prestations, sinon il faut les auditionner pour tous les contrats de prestations parce que, dans tous les contrats de prestations, il y a des incidences financières sur les salaires.

Le président met aux voix la proposition du groupe socialiste d'auditionner le SSP :

Cette proposition **est refusée** par 4 oui (1 EAG, 2 S, 1 MCG), 7 non (2 PDC, 3 PLR, 1 UDC, 1 MCG) et 1 abst. (1 Ve).

Ensuite, le groupe MCG demande un vote formel sur la proposition de faire la demande par courrier. Le président met aux voix cette proposition, qui **est refusée** par 4 oui (1 EAG, 2 S, 1 MCG) et 7 non (1 Ve, 2 PDC, 3 PLR, 1 UDC).

**Présentation générale du système de financement hospitalier par M. Michel Clavel, directeur financier/DSES, M. Adrien Bron, directeur général de la santé/DSES, et M. Nicolas Müller, directeur/DSES (en présence de M. Mauro Poggia)**

M. Poggia indique que l'audition va commencer par une présentation du système de financement hospitalier. Il est important d'avoir une vision globale de ce que doit financer le canton, de ce qu'il peut financer et de ce qu'il veut financer. Ensuite, on pourra passer au cas particulier des HUG pour expliquer comment le contrat de prestations a été construit. Celui-ci a en effet été construit de manière différente en conséquence des décisions prises par la justice. Une partie ne figurera ainsi pas dans le contrat de prestations alors qu'elle y figurait par le passé. Il s'agit du financement des soins aigus, qui relève de la LAMal. C'est un financement contraint par une loi fédérale. Le canton doit financer au minimum 55% des prestations de soins aigus hospitalières. Les 45% restants sont pris en charge par les assureurs-maladie de base au sein de la LAMal. Dans la mesure où le canton n'a pas la possibilité de choisir ce qu'il paie ou non, sous réserve des éléments qui seront expliqués aux commissaires, cette prestation n'est plus dans le contrat de prestations. A partir de 2020, les HUG ne recevront donc la participation du canton que pour les interventions qu'ils feront effectivement. Au niveau global, cela ne changera pas tellement, étant donné que, avec le temps, les enveloppes étaient calculées de manière très précise. Après un ou deux ans, il faudrait néanmoins faire la comparaison avec la manière dont les choses vont évoluer.

M. Müller relève que le financement hospitalier est un domaine complexe avec beaucoup de tenants et aboutissants. Il faut savoir que les activités d'un hôpital qui doivent être financées sont de deux ordres. Il y a les activités ambulatoires, c'est-à-dire qui ne nécessitent pas de passer la nuit dans un établissement. Il y a par ailleurs les activités stationnaires, c'est-à-dire qui nécessitent de passer au moins une nuit dans un établissement, et qu'on

appelle aussi des hospitalisations. Les soins stationnaires ont lieu dans trois grandes zones de soins : les soins aigus, la réadaptation et la psychiatrie. Il faut préciser que chacune des zones de soins est financée selon une structure tarifaire différente.

Les sources de financement de l'activité hospitalière sont multiples. La plus connue est l'assurance obligatoire des soins (AOS) instituée par la LAMal. D'autres assurances sociales peuvent aussi potentiellement payer ou participer à des séjours hospitaliers, c'est l'assurance-invalidité (elle peut intervenir par exemple dans le cadre d'opérations liées à des malformations congénitales chez les personnes de moins 18 ans), l'assurance militaire et l'assurance-accident. Un autre acteur, ce sont les assurances privées. A ce niveau, il faut faire la différence entre les assurances privées hors LAMal (c'est le cas, par exemple, des fonctionnaires internationaux à Genève qui ne sont pas soumis à l'obligation d'adhérer à la LAMal, mais c'est un cas un peu particulier parce qu'il n'y a pas d'autres cantons avec autant de personnes qui ne sont pas affiliées à la LAMal) et les complémentaires à la LAMal (on parle alors de LCA pour loi sur le contrat d'assurance), qui sont des assurances privées qui viennent en complément à la couverture de base LAMal (elles servent à rembourser des prestations non couvertes par la LAMal). Une autre source de financement importante c'est le patient dans le cadre de sa franchise et de sa cote part, c'est-à-dire tous les frais qui ne sont pas couverts par l'assurance. Il y a aussi, à Genève, une particularité, ce sont les auto-payeurs, c'est-à-dire des personnes qui décident de payer de leur poche tous leurs frais d'hospitalisation (par exemple des personnes fortunées qui viennent se faire opérer aux HUG, qui ne sont pas couvertes par la LAMal ou dont la couverture de leur pays d'origine n'est pas suffisante pour couvrir les soins en Suisse). Enfin, une source qui n'est pas négligeable, c'est l'Etat qui participe aussi au financement de ces soins.

On voit ainsi la complexité du système de financement des soins en Suisse. Il y a les différentes sources de financement, les différents régimes de financement et les différents fournisseurs de biens et de services (hôpitaux, cabinets de médecins, physiothérapeutes ou cabinets dentaires). M. Müller précise que les cabinets dentaires ne sont pas couverts par la LAMal, mais qu'ils génèrent des coûts à charge des patients, des assurances privées, etc.

M. Müller indique que, si cela intéresse les commissaires, ils peuvent trouver, sur le site de l'Office fédéral des statistiques, un rapport sur les coûts globaux du système de santé.

Au niveau des hôpitaux, pour l'ambulatoire, il n'y a pas de participation de l'Etat. Quand l'activité ambulatoire est faite dans le régime d'une assurance sociale, il est entièrement payé par celle-ci (sous réserve d'une

participation du patient sous forme d'une quote-part et d'une franchise). L'activité stationnaire est financée de manière différente. Quand il s'agit de cas qui relèvent de la LAMal, 55% du montant de l'hospitalisation est à la charge de l'Etat. Les cantons ont la possibilité de payer plus, mais cela n'a été fait que par un canton (M. Müller ne se souvient pas lequel) qui paie 56%. Le reste est à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. M. Müller précise que, pour les cas AI, c'est 20% du montant qui est à la charge de l'Etat et 80% à la charge de l'AI.

Pour les cas LAMal, les assurances privées complémentaires, dans le cadre de l'activité ambulatoire, ne peuvent pas offrir de prestations complémentaires à celle de la LAMal. Le principe de la protection tarifaire inscrit dans la LAMal prévoit que toute l'activité facturée en ambulatoire ne peut pas être refacturée à une autre assurance. On ne peut donc pas faire de double facturation de prestations. Toutes les prestations effectuées pour l'ambulatoire et qui sont facturées ne peuvent l'être qu'à la LAMal quand il s'agit d'un cas LAMal. Pour le cas du stationnaire, elles peuvent intervenir. M. Müller reviendra sur ce point, notamment sur la manière dont elles peuvent générer des revenus importants pour les établissements et pour les médecins. M. Müller souligne que la participation du patient n'est pas à négliger puisqu'elle représente une part importante des coûts.

### ***Question des commissaires***

*Un commissaire aimerait revenir sur l'activité ambulatoire et la participation de l'Etat. Il aimerait savoir ce qu'il en est de la facturation de cette activité par les HUG. Il est précisé dans le dernier rapport de gestion des HUG que la facturation de cette activité n'était pas couverte en totalité et qu'ils perdaient ainsi de l'argent sur cette activité.*

M. Müller explique que l'activité ambulatoire est facturée selon la structure tarifaire TARMED, les DRG étant réservés pour le stationnaire. La structure tarifaire TARMED a un désavantage, comme la structure tarifaire DRG, c'est qu'elle a tendance à sous-financer les activités hospitalières ambulatoires. Quand M. Müller dit qu'il n'y a pas de participation de l'Etat, c'est que la LAMal ne prévoit pas de participation de l'Etat à la facture. Dans le cadre des HUG et de leur contrat de prestations, il est effectivement prévu de compenser le déficit créé par une inadéquation de la structure tarifaire. En effet, celle-ci ne permet pas de représenter exactement les coûts générés par l'activité ambulatoire. Les recettes générées ne couvrent ainsi pas les coûts engendrés. Il y a alors une compensation de l'Etat qui est propre au contrat de prestations et qui n'est pas prévue dans la loi.

*Un autre commissaire comprend que les recettes de l'ambulatorio ne couvrent pas les coûts et que c'est l'Etat qui pallie ce manquement tarifaire. Il demande si cela vient du fait que les coûts des HUG sont trop élevés ou que la grille tarifaire n'est plus d'actualité. Si c'est la deuxième option, il demande comment il se fait que l'OFSP ne réagisse pas.*

M. Müller indique que la structure tarifaire TARMED est jugée inadaptée par la plupart des partenaires tarifaires. Il y a eu plusieurs tentatives de la mettre à jour. Il faut savoir que les structures tarifaires ont la particularité, en Suisse, de devoir être négociées entre les partenaires tarifaires, c'est-à-dire sans interventions ni des cantons ni de la Confédération, pour aboutir à un consensus. Cela coince toutefois depuis des années parce que les intérêts ne sont pas les mêmes entre les assureurs, les médecins en pratique privée et les hôpitaux. Il y a eu des propositions de versions alternatives (TARDOC ou TARCO) qui devraient permettre de mieux rémunérer, sachant que, avec la structure tarifaire TARMED, chaque acte est représenté par un nombre de points qui quantifie sa complexité, puis, en fonction de l'évolution des pratiques médicales, le nombre de points évolue. Il y a ainsi une inadéquation pour laquelle ni l'OFSP, ni la Confédération, ni le canton ne peuvent faire quelque chose vu que c'est une structure tarifaire qui doit être approuvée entre les partenaires tarifaires ou, par subsidiarité, qui peut être imposée par le Conseil fédéral. C'est ce que ce dernier a fait, mais uniquement avec des modifications à la marge. Il ne peut pas se permettre de modifier complètement la structure et de l'imposer.

En ce qui concerne la question des coûts HUG et de savoir s'ils coûtent trop cher par rapport aux autres, il faut voir qu'il y a beaucoup d'échanges d'informations, notamment sur les coûts, dans la faïtière des hôpitaux. Il y a ainsi une tendance dans les hôpitaux à ce que l'ambulatorio hospitalier soit mal rémunéré par la structure TARMED, notamment parce que, dans l'ambulatorio hospitalier, il y a du matériel onéreux, des bâtiments qui coûtent cher, de l'équipement technique régulièrement renouvelé, ce qui forme des charges plus élevées que dans un cabinet privé par exemple. Les HUG pourront donner certainement une réponse plus précise sur ce point lors de leur audition par la commission des finances.

*Le commissaire comprend que, dès lors qu'il y a une prestation, les HUG paient celle-ci et, si le TARMED ne permet pas de couvrir les charges, c'est le canton qui le pallie. Toutefois, les HUG pourraient payer la prestation au médecin ou au spécialiste en disant qu'ils ne peuvent donner que le montant que le TARMED prévoit. Ainsi, le canton n'aurait pas à combler une partie, en tout cas pour ce qui est de la rémunération des prestations des médecins et des spécialistes.*



M. Poggia note que, en principe, le canton n'a évidemment pas à compléter le financement en matière d'ambulatoire, parce que le tarif doit couvrir les coûts de production. D'ailleurs, cela génère même du bénéfice dans les cabinets privés, sinon ceux qui ne font que de l'ambulatoire seraient en déficit. C'est la structure même d'un hôpital universitaire qui fait qu'il y a des coûts induits supérieurs à ceux d'un cabinet privé. Il est vrai que les médecins qui font de l'ambulatoire sont aussi des médecins qui font du stationnaire. Il y a, là, une imbrication de deux activités différentes, dont l'une dans laquelle le canton n'aurait pas à intervenir (sous réserve des missions d'intérêt général). Si on va au service de dermatologie des HUG, en principe, la facture que l'on va recevoir est la même que celle que l'on recevrait en allant chez un dermatologue en cabinet privé. Ce qui est payé par l'assurance, sous réserve de la participation et de la franchise, doit couvrir la totalité des coûts.

Ensuite, il relève que c'est à ce niveau qu'il y a une zone grise avec des médecins qui travaillent à la fois dans le stationnaire et dans l'ambulatoire. Compte tenu du nombre de médecins qui doivent être à disposition de la patientèle dans un hôpital pour offrir des prestations 24h/24 et toute l'année, le coût généré par l'ensemble de ces prestations est supérieur à ce qui est encaissé. Cette question du surcoût de l'ambulatoire dans un hôpital public subventionné reste problématique. D'un autre côté, c'est une prestation à la population dont on ne peut pas se passer. On pourrait dire, demain, que les hôpitaux ne s'occupent plus que du stationnaire et pas de l'ambulatoire. C'est toutefois oublier que, souvent, on fait de l'ambulatoire avant de faire du stationnaire, parce qu'il faut quand même poser le diagnostic et, le cas échéant, l'indication opératoire. Quelque part, la question qui se pose est de savoir s'il faut réduire de manière importante l'ambulatoire hospitalier, mais il se trouve que, aujourd'hui, cela répond à un besoin que les cabinets privés ne peuvent pas absorber.

Un commissaire note qu'il est indiqué, en page 23 du rapport, qu'« il en résulte une sous-couverture de l'ambulatoire hospitalier qui touche l'ensemble des hôpitaux et cliniques de Suisse » et que « les résultats du SpitalBenchmark font état d'un taux de couverture moyen en Suisse de 81%. Ce défaut structurel représente un manque à gagner de 35 096 198 francs pour les HUG ». Il aimerait savoir quel est le taux de couverture moyen pour Genève et les HUG.

M. Müller suggère de poser la question aux HUG pour avoir une réponse exacte. Il sait toutefois que, aux HUG, la couverture est légèrement au-dessus de la moyenne suisse. Le commissaire comprend que le canton de Genève paie un peu moins que le 19%, ce qui est confirmé par M. Müller.

M. Poggia précise qu'il y a aussi un manque dans le stationnaire où le taux de couverture est à 92% ou 93%. Pour les hôpitaux non universitaires, il faut savoir qu'il y a une sur-couverture puisqu'ils sont pratiquement à 102% ou 103% de couverture moyenne. Ce qu'essaie de faire aujourd'hui cette structure tarifaire, c'est de se rapprocher le plus possible du 100% et qu'il n'y ait pas plus de 4% de différence entre l'un et l'autre, c'est-à-dire 98% d'un côté et 102% de l'autre. On n'y est toutefois pas encore.

*Le président note que ce sont les coûts croisés entre la formation et les soins donnés qui font qu'un hôpital universitaire est généralement plus cher. Il y aurait aussi les frais généraux des différents hôpitaux suisses à voir pour avoir une vraie comparaison. Il demande s'il est possible d'avoir ce type de comparaison.*

M. Poggia signale que l'institut BAK a procédé à certains examens de l'administration cantonale et on a des résultats tout à fait réjouissants au niveau des HUG qui sont tout à fait dans les coûts des autres hôpitaux suisses. Il est vrai qu'il y a constamment des comparaisons intercantionales. Selon qui les mandate et qui donne les renseignements, on obtient des résultats très différents. Il faut savoir qu'un canton comme Genève a un seul prestataire pour les missions d'intérêt général, ce sont les HUG. En revanche, un canton comme Berne doit répartir ces missions entre plusieurs hôpitaux vu l'étendue de son territoire. Si on regarde ce que reçoit l'Inselspital du canton de Berne et ce que reçoivent les HUG proportionnellement à la population, on va arriver à un sur-financement de Genève. Toutefois, les missions d'intérêt général que reçoit l'Inselspital ne sont pas pour toute la population du canton de Berne. BAK a ainsi fait un travail plus fin où le canton a pu donner les précisions nécessaires et M. Poggia est satisfait du résultat. Le document est en main du Conseil d'Etat et les commissaires devraient le recevoir prochainement.

M. Müller précise, par rapport aux coûts de la formation et de la recherche que l'on trouve dans un hôpital universitaire et pas dans un autre hôpital, que, quand on compare les coûts entre les hôpitaux, on compare le coût des prestations stationnaires et le coût des prestations ambulatoires selon des modèles de comptabilité analytique qui permettent d'extraire complètement les coûts liés à la formation et à la recherche qui sont mis à part (ils constituent une autre unité d'imputation). Cela explique qu'il y ait, dans le contrat de prestations des HUG, une ligne qui est réservée à la formation et à la recherche et qui est évaluée de manière analytique. Ces coûts ne se retrouvent donc pas à la fois dans la formation et dans le coût de production des prestations de soins.

En ce qui concerne les hôpitaux, on voit la différence de financement entre les soins stationnaires (soins curatifs et de longue durée hospitaliers) et les soins ambulatoires. Le canton paie 55% de chaque prestation, mais, dans le financement total de tous les hôpitaux de Suisse, cela ne représente que 40%. On voit que les assurances privées constituent un montant important de financement. Enfin, il y a une petite part de versements directs des ménages. Celle-ci est peu importante dans le stationnaire parce que ce sont souvent des séjours qui coûtent très cher et dans lesquels la franchise et la quote-part sont vite consommées. En revanche, pour l'ambulatoire, les versements directs des ménages représentent un peu plus de 30% de la source de financement des activités ambulatoire dans les hôpitaux. Il faut savoir que le canton de Genève a l'obligation de cofinancer les séjours hospitaliers de toutes les personnes domiciliées dans le canton de Genève, peu importe où elles se trouvent hospitalisées en Suisse. Quand on parle de financement hospitalier, c'est ainsi le financement des soins aux HUG, dans les cliniques privées genevoises, mais aussi dans les autres établissements de Suisse. On se rend compte que les cas LAMal représentent l'immense majorité des cas stationnaires (près de 65 000 en 2018) alors que les cas AI, pour lesquels il y a une participation de l'Etat de 20%, sont assez limités. On voit aussi que 5800 cas autres ne font partie d'aucun des autres types d'assurances. Ce sont pour la plupart des fonctionnaires internationaux qui ont une assurance privée négociée en général par leur organisation internationale.

Pour l'ambulatoire, il y a une structure tarifaire à la prestation qui s'appelle le TARMED. Chaque geste effectué est ainsi noté et facturé. Pour le stationnaire, le mode de facturation est différent. Il y a les DRG avec des forfaits par cas qui concernent les soins aigus. Il y a aussi une structure tarifaire introduite en 2018 qui s'appelle le TARPSY dont le but est de pouvoir faire une facturation à la journée (comme c'était le cas auparavant en psychiatrie) avec un montant adapté en fonction de la sévérité des symptômes. La troisième zone de soins est la réadaptation. Elle n'est pas encore passée à une nouvelle structure tarifaire. Elle est encore dans un régime de tarif journalier. Ainsi, peu importe le type de réadaptation, le tarif de chaque jour est le même. Cela sera remplacé prochainement par une structure tarifaire propre à la réadaptation qui s'appelle ST Reha, qui est en cours d'élaboration et qui pose un certain nombre de problèmes. En tout cas, cela génère beaucoup de débats entre la Suisse romande et la Suisse alémanique qui ont des visions différentes de la réadaptation hospitalière. Il y a ainsi un débat de fond sur ce que doit couvrir une structure tarifaire de réadaptation pour l'hospitalier.

Un autre élément essentiel est de savoir à quel prix tout cela est facturé. Chaque hôpital a un tarif. Dans le cadre du stationnaire et des soins aigus, qui sont le grand morceau, on a le « base rate », c'est-à-dire le tarif de base. Celui-ci est établi par convention entre les hôpitaux et les groupes d'assureurs. Quand tout va bien, ils signent une convention. Quand cela se passe mal et qu'il y a échec des négociations, pour éviter qu'il y ait un vide tarifaire, le Conseil d'Etat doit intervenir et fixer un tarif d'autorité, ce qui est fait en dernier recours. Ce n'est pas le cas actuellement pour le stationnaire à Genève. Tous les tarifs ont fait l'objet de conventions tarifaires entre les établissements et les assureurs. Il faut préciser que les HUG négocient de leur côté et que les cliniques privées se sont regroupées dans une fâtière qui négocie pour l'ensemble des cliniques genevoises. Il existe ainsi des conventions entre Genève Cliniques et les assureurs ainsi qu'entre les HUG et les assureurs pour les soins aigus.

*Une commissaire a de la peine à comprendre ce tarif de base. Si on prend le cas des soins stationnaires ou des soins aigus, il y a la structure tarifaire DRG. Elle ne voit toutefois pas bien comment ces deux éléments s'imbriquent.*

M. Poggia explique que c'est une combinaison des deux. Pour le TARMED, il y a un nombre de points qui est égal, dans toute la Suisse, pour tel acte médical (par exemple un prélèvement de sang). Ce nombre de points va être multiplié par un facteur qui sera différent d'un canton à l'autre. Il peut y avoir une différence au niveau hospitalier et au niveau des cabinets de ville, mais, à Genève, il y a un tarif unique partout. A Genève, actuellement, le prix du point est de 96 centimes. Si un prélèvement de sang correspond à 10 points, cela veut dire que cela fera 9,60 francs à Genève. Dans un autre canton, où le prix du point est de 83 centimes, le même acte sera facturé 8,30 francs. Les choses se passent de cette manière et c'est la même chose pour l'ambulatoire. Une opération de l'appendicite vaudra le même nombre de points dans toute la Suisse, mais ce nombre de points va être multiplié par un tarif négocié qui est différent selon l'établissement.

A Genève, il y a deux types de tarifs puisque les HUG négocient de leur côté et les cliniques aussi. Pour les HUG, le tarif est actuellement de 10 650, ce qui est le même tarif que le CHUV. Par contre, les cliniques ont un tarif de 9550. Pour la même opération de l'appendicite, qui a le même nombre de points que l'on soit en clinique ou aux HUG, ces points vont être multipliés par 10 650 aux HUG et par 9550 dans une clinique privée. C'est ce qui a été mis en avant par les cliniques privées pour dire qu'on leur envoie les patients puisque cela coûtera moins cher. Maintenant, avec la comptabilité analytique, on va pouvoir comparer plus en détail. On se rend compte qu'un hôpital

universitaire a toujours un tarif du point supérieur à un autre hôpital. Ce n'est pas parce qu'il y a la formation et la recherche puisqu'il y a une colonne séparée pour cela, mais parce qu'un hôpital universitaire doit avoir une structure à disposition des patients qui soit disponible 24h/24 et 365j/365, ce qui coûte. En effet, on peut avoir des personnes qui sont à disposition et pas toujours directement sur le front. Il y a un autre problème qui est de savoir s'il n'y a pas un financement croisé entre les assureurs privés et le tarif. Une clinique peut se permettre le luxe d'avoir un tarif plus bas, sachant qu'elle a un nombre de patients privés qui, par ailleurs, génèrent un bénéfice suffisant qui permet d'obtenir un coût plus bas. Il y a une concurrence qui a été maintenue au niveau des tarifs par rapport aux HUG, ce qui a permis un discours récurrent disant que les cliniques sont moins chères. Maintenant, leur discours paraît plus nuancé parce qu'on a une vision plus précise.

*Un commissaire aimerait savoir si les assureurs ont aussi une façon pour négocier et il demande si le nombre de points est le même pour chaque groupe d'assurances.*

M. Poggia indique qu'il y a Santésuisse, Curafutura et HSK. Ensuite, il indique que, dans les faits, c'est le même nombre, mais cela pourrait ne pas être le cas. Les assureurs essaient d'être en concurrence les uns avec les autres et l'Etat les place en concurrence. Le but est d'obtenir un tarif assez rémunérateur et qui soit le plus rémunérateur possible. Il faut savoir que les cantons de Vaud et de Genève ont décidé, il y a quelques années, d'avoir un tarif commun. A l'époque, il y avait une concurrence entre Vaud et Genève. Ainsi, si le canton de Vaud lâchait un tarif inférieur au canton de Genève, cela rendait la négociation plus difficile pour ce dernier, puisque les assureurs disaient que le canton de Vaud avait accepté tel tarif. Aujourd'hui, dans les faits, il n'y a pas de tarif différent selon les assureurs.

M. Müller confirme qu'il n'y a pas de tarif différent selon les assureurs dans les soins aigus, mais c'est une situation qui peut arriver. Cela a par exemple été le cas en psychiatrie. C'est souvent le cas quand un nouvel acteur entre sur le marché. En psychiatrie, la clinique du Grand Salève a ouvert en 2018 en même temps que l'introduction d'une nouvelle structure tarifaire, ce qui a causé pas mal d'émotion dans les négociations pour finalement arriver à des tarifs différents. En l'occurrence, ce ne sont pas les faitières d'assureurs mais les communautés d'achat d'assureurs qui négocient. Il faut savoir qu'il y a trois communautés d'achat qui correspondent grosso modo aux faitières (Tarifsuisse, Curafutura et HSK/CSS). Ce sont elles qui négocient avec les établissements. Ce sont des négociations longues et basées normalement sur des pièces concrètes de comptabilité analytique, mais il y a quand même une grande part de négociation. Souvent, ce que l'on observe,

c'est que, quand le premier groupe négocie une convention, les groupes suivants s'alignent sur le montant de la convention pour éviter de refaire le travail s'ils estiment que le montant est raisonnable.

M. Bron ajoute que ce genre de situation est théoriquement possible, mais serait particulièrement absurde. En effet, le collectif des patients d'une assurance ne génère pas des coûts différents. Un patient reste un patient, quelle que soit son assurance, dans le collectif des patients d'un hôpital. Ce qui permet de ne pas arriver trop souvent dans ces situations kafkaïennes, c'est que les tarifs LAMal doivent être validés par le Conseil d'Etat. Il valide ainsi les tarifs qu'il estime corrects sur la base des discussions entre partenaires tarifaires. Si toutes les parties ne sont pas d'accord, il y a un tarif en absence de convention qui est édicté par l'Etat et qui s'applique à tout le monde. Cela évite qu'il y ait des situations trop absurdes au niveau de la facturation pour les établissements.

M. Poggia confirme que c'est ce qu'il se passe, quitte à ce qu'il y ait ensuite des procédures en cours qui viennent rectifier rétroactivement les tarifs.

Un commissaire (Ve) comprend que les HUG et le CHUV ont le même tarif. Il demande si cela signifie qu'il y a une négociation entre le Conseil d'Etat genevois et son homologue vaudois pour s'assurer que, dans les négociations avec les groupes d'assureurs, ils arrivent à un prix identique.

M. Poggia explique que c'était un accord entre M. Maillard et M. Poggia. Il pourrait aussi y avoir une différence entre le canton de Genève et le canton de Vaud. On comprend que le Conseil d'Etat peut aussi jouer une politique sanitaire. Si M. Poggia laisse négocier à 1000, cela veut dire que le non-couvert des HUG va être plus important et qu'il va falloir mettre davantage d'argent public pour compléter ce que la LAMal ne mettra pas. En revanche, cela permettra de maintenir artificiellement plus basses les primes d'assurance-maladie. On voit ainsi le jeu politique qui peut être joué. Si on veut plutôt tirer vers le bas les primes, on tâchera d'avoir un tarif plus bas et on mettra de l'argent par une voie qui est celle de la subvention publique. C'est toutefois un mauvais calcul parce que la corrélation entre le tarif et les hausses progressives de primes est particulièrement discutable et que les efforts faits par le canton de Vaud pour essayer de tenir basses les primes en négociant des tarifs inférieurs à ceux de Genève ne se sont pas forcément soldés par un meilleur résultat. Finalement, autant avoir un prix négocié avec les assureurs qui soit le plus juste possible.

Pour avoir un tarif juste, on devrait arriver à environ 12 600 ; or les accords avec les assureurs se sont arrêtés à 10 650. On s'est arrêté à ce niveau

parce que les procédures créent une incertitude de toute façon. Il faut savoir que, quand on demande au préposé à la surveillance des prix, il a plutôt tendance à mettre des sommes inférieures à la réalité et les tribunaux sont assez sensibles à l'avis de ce spécialiste (qui n'est pas vraiment spécialiste sur la question, selon M. Poggia) avec un risque qu'on se trouve avec des tarifs encore plus bas que ceux qu'on pourrait négocier. C'est absurde. Entre le travail que fait SwissDRG qui examine, avec sa structure tarifaire, de quelle manière on peut couvrir le plus possible 100% des coûts et qui arrive à la conclusion que, pour les hôpitaux universitaires, on devrait normalement pouvoir négocier dans les 12 000 à 12 600, et le préposé à la surveillance des prix qui vient dire qu'on devrait être à un peu plus de 9000, sauf erreur, la justice étant ce qu'elle est, le canton a préféré ne pas faire de procédure et aucun autre canton avec un hôpital universitaire n'en a fait pour l'instant.

*Etonné, le commissaire demande s'il y a une stratégie envisagée pour arriver à terme au juste équilibre, en l'occurrence aux 12 600.*

M. Poggia indique que ce sont les HUG qui négocient. L'Etat n'arrive qu'en fin de course ou s'il n'y a pas de résultat. Au début de la précédente législature, cela faisait trois ans qu'il n'y avait pas eu de tarif. Il y avait ainsi une incertitude avec le risque de devoir refacturer un complément ou, plutôt, de devoir rembourser un trop-perçu par les HUG pour les trois dernières années, parce qu'il y avait des procédures en cours qui ont finalement été négociées à partir de 2014-2015. Si on n'est pas plus agressif à ce niveau, c'est que le travail se fait plutôt au niveau de SwissDRG. Puisque la couverture résulte d'une multiplication, on essaie plutôt de travailler sur la variable qui est d'avoir un facteur de multiplication qui soit le plus juste possible en fonction de l'activité propre d'un hôpital universitaire. Cela étant, M. Poggia reconnaît qu'il y aurait sans doute quelque chose à faire au niveau politique. Il ne cache pas que, aujourd'hui, la tendance est plutôt de descendre les coûts à la charge de la LAMal et d'augmenter la participation des cantons.

M. Bron ajoute qu'il y a une évaluation du risque. Quand un tarif provisoire est contesté pendant des années par les assurances, on parle de centaines de millions de francs chaque année qui s'accumulent et on ne peut pas gérer un tel risque pendant des années. A un moment donné, il y a une évaluation de la pertinence de générer un tel risque pour l'Etat et d'avoir une transaction sur un tarif négocié, sachant qu'il y a un autre volet sur lequel on peut être actif et qui est au sein de SwissDRG sur la structure tarifaire.

M. Müller précise que les commissaires peuvent trouver, en page 21 de la présentation, des informations complémentaires sur les DRG. En page 23, on voit un résumé de la manière dont on estime le coût du point DRG qui sera

ensuite présenté aux assureurs pour être négocié et figurer dans une convention tarifaire. En fait, l'opération est relativement simple. On prend l'ensemble des charges qui ont été nécessaires pour l'exécution d'actes stationnaires. On divise cela par le nombre de points DRG que cela a généré et cela donne la valeur moyenne du point. Ce point est possible par l'utilisation d'un modèle de comptabilité analytique dans lequel on attribue à chacune des unités finales les charges générales par les différents centres de charges. Par exemple, tout ce qui est fait pour les médecins et chirurgiens est imputé, selon une clé de répartition, dans les activités stationnaires, ambulatoires ou formation et recherche. Typiquement, on prendrait tout ce qui est arrivé dans l'activité stationnaire pour le diviser par le nombre de points et cela donne une valeur de point.

M. Müller explique qu'un point essentiel est que le tarif négocié ne correspond pas forcément au coût réel et ce n'est pas le cas seulement aux HUG. Aux HUG, on le voit clairement parce qu'il y a une forme de transparence. Dans les établissements privés où la transparence n'est pas la même, on se rend compte, au fur et à mesure que l'Etat commence à obtenir les pièces qui sont demandées par la LAMal pour pouvoir se prononcer sur l'économicité des prestations effectuées dans les établissements, que le tarif négocié ne correspond pas au coût réel de ces établissements. Ceux-ci ne bénéficient pas des mêmes mécanismes pour pallier ce déficit. Par contre, ils bénéficient d'une manne extraordinaire avec les assurances complémentaires qui leur permettent de procéder à un financement croisé. Ainsi, ce qu'ils perdent dans l'assurance de base, ils le compensent par ce qu'ils gagnent via des assurances complémentaires.

Un dernier point qui est important et qui explique pourquoi la structure tarifaire DRG ne permet pas de reproduire exactement les coûts d'un hôpital universitaire (suivant les années, on varie entre 92% et 95% des coûts qui sont couverts) alors que, dans les établissements privés, la couverture est supérieure à 100%. Ces derniers reçoivent ainsi plus que ce que cela leur coûte. En gros, ces forfaits DRG sont là pour prédire le coût que générera une opération type, par exemple une appendicite. Il est forcément plus facile de prédire le coût d'une appendicite dans un établissement que de prédire le coût d'un séjour d'un patient polymorbide et âgé qui est un peu le lot quotidien aux HUG. Il y a deux aspects qui rendent les HUG plus inefficaces par rapport à la structure tarifaire, c'est qu'ils ont ces cas polymorbides, très complexes, âgés et qui restent longtemps à l'hôpital, et ces cas sont tellement particuliers que trouver un forfait qui reproduirait exactement les coûts qu'ils génèrent est quasiment impossible. Il y a aussi les cas de médecine hautement universitaire très spécialisés qui sont tellement peu nombreux en Suisse qu'il



est difficile, dans la méthode statistique utilisée par SwissDRG pour proposer les forfaits, de proposer une valeur de point qui corresponde exactement aux coûts générés.

Le commissaire revient sur le fait que les tarifs négociés ne correspondent pas forcément aux coûts réels. Il comprend qu'ils ne correspondent pas quand ils ne sont pas suffisants pour couvrir les coûts réels. Cela va donc toujours dans le même sens. Il note que le coût du séjour d'un patient polymorbide âgé peut coûter plus cher que le tarif négocié. Il aimerait toutefois savoir si l'inverse arrive aussi parfois et, donc, que le forfait ramène alors plus que ce qu'ont coûté la prestation et le patient aux HUG. Si tel est le cas, il demande s'il faut rendre l'argent.

M. Müller confirme que cela peut ramener plus d'argent que ce qu'a coûté la prestation et que, dans un tel cas, il ne faut pas rendre l'argent. Il y a une facturation qui est effectuée. Le principe du forfait est qu'il y a une borne inférieure de séjour et une borne supérieure de séjour. Tant qu'on est entre ces deux bornes, on est couvert pour les coûts. Si on dépasse cette borne, on commence à être de moins en moins couvert. Ce que cela a provoqué, c'est une baisse de la durée moyenne de séjour pour se caler dans ces bornes. Il y a ainsi eu une forme d'optimisation et celle-ci peut aller encore plus loin. Quand on est payé de la même manière pour un séjour de 3 ou de 5 jours, on va forcément essayer de faire sortir le patient au 3<sup>e</sup> jour plutôt qu'au 5<sup>e</sup> jour. Toutefois, que le patient fasse 3 ou 5 jours, vu que c'est un forfait, on est payé de la même manière. Il y a effectivement des cas où le séjour rapporte plus. On en vient ainsi à toute la question de la sélection des cas. Quand un établissement peut se permettre de sélectionner les cas pour lesquels il peut optimiser la durée de séjour et, donc, optimiser le prix du forfait, il génère plus facilement des revenus qu'un établissement qui est obligé de prendre des cas. L'exemple du patient polymorbide âgé est l'exemple classique. C'est un cas qui va forcément exploser les bornes supérieures, qui va rester longtemps et qui va nécessiter des traitements tout aussi coûteux, mais qui seront mal rémunérés.

Le commissaire relève que la balance générale est, par contre, en défaveur des HUG et de l'Etat, et M. Poggia indique que, en moyenne, les patients reçus dans un hôpital universitaire sont toujours dans le haut de la fourchette, voire au-delà. En revanche, avec la sélection des risques, tout à fait légale, dans les cliniques privées (une sélection qui se fait aussi par le biais du chirurgien), pour une pathologie, on sait combien de temps les patients vont rester et leur sortie est déjà programmée. On peut ainsi rester dans le bas de la fourchette ou au milieu, ce qui permet d'avoir une bonne couverture.

Un commissaire signale que quelque chose le dérange dans le système actuel. Le point DRG est le même pour un hôpital universitaire ou pour un autre l'hôpital comme l'hôpital de Sion. Il se souvient que, à une époque, on avait incité l'hôpital de Sion à ne pas faire certaines opérations parce qu'il n'avait pas les équipes suffisantes. Il demande s'il est envisagé à un moment donné d'avoir un tarif spécifique pour les hôpitaux universitaires. Au niveau financier, cela veut dire que les cantons universitaires sont en train de subventionner les cantons qui n'ont pas d'hôpitaux universitaires et qui profitent quand même d'avoir une médecine de pointe, à moins qu'il y ait un financement spécifique pour la médecine de pointe.

M. Poggia explique que, ce qu'ils essaient de corriger pour les hôpitaux universitaires, c'est de mettre des codes complémentaires qui sont propres soit à l'état de gravité et de polymorbidité du patient, soit à la qualité d'hôpital universitaire. Cela permettrait d'avoir un certain nombre de points pour un acte dans toute la Suisse, mais si le patient, selon des données objectives, présente des comorbidités on pourrait être un peu plus haut. Cela permettrait de se rapprocher d'une juste couverture de la production du coût des soins. Quant à dire qu'il faudrait demander aux cantons non universitaires de financer les cantons universitaires où ils adresseraient leurs patients polymorbides, on n'en est pas là. Il y a d'autres choses qui existent pour le soutien intercantonal. Il faut voir que l'hôpital universitaire genevois sert majoritairement les Genevois. C'est véritablement une prestation supplémentaire d'abord pour les Genevois et, ensuite, pour toute la région.

M. Müller signale un élément important, même s'il sort du cadre de ce qui est contrôlé par l'Etat. La facturation complémentaire, qui peut être faite aux assurés LAMal avec une assurance complémentaire, est censée suivre un modèle imposé par la FINMA, ou en tout cas chaudement recommandé par celle-ci. On attend ainsi que tous les établissements privés s'y mettent. C'est une facturation bottom-up qui consiste à avoir le bottom qui est la couverture de base (celle de la LAMal) avec le DRG qui est facturé et la facturation complémentaire ne consiste qu'à facturer des éléments clairement identifiés qui vont au-delà du DRG (c'est-à-dire pas de prestations médicales parce que toutes les prestations médicales sont déjà comprises dans le DRG), mais une facturation de complément pour hôpital privé. Il faut savoir qu'il y a deux facturations complémentaires que l'on peut faire, une facturation d'un forfait et une facturation journalière pour le confort hôtelier (on peut avoir le choix du petit-déjeuner, les journaux, etc.) et une facturation qui échappe à la vision de l'Etat, mais aussi souvent à la vision des cliniques privées, parce que ce sont les médecins privés eux-mêmes qui facturent cela. C'est la facturation d'honoraires complémentaires pour le libre choix du médecin.

M. Müller explique que l'on dit « pour le libre choix du médecin » parce que c'est un peu une parade pour que ces médecins puissent vraiment faire des honoraires complémentaires. En effet, normalement, selon la protection tarifaire qui s'applique clairement dans le domaine ambulatoire, ils n'auraient pas le droit de facturer des prestations qui ont déjà été facturées dans le cadre du DRG. Donc, les assureurs complémentaires, par convention, les autorisent à faire une facturation pour le libre choix du médecin. Concrètement, on va dans une clinique privée et on dit qu'on veut être opéré par tel médecin. Si celui-ci accepte, il pourra facturer le patient pour avoir accepté de le soigner.

C'est une parade pour que ces médecins puissent avoir des honoraires supplémentaires. Les assurances complémentaires par convention les autorisent à faire une facturation pour le libre choix du médecin. Cette facturation peut s'élever jusqu'à 170% de la part médicale du DRG (c'est environ 20% du DRG). On comprend ainsi l'incitatif fort qu'il y a pour un patient de choisir un médecin avec une assurance complémentaire. Cela fait un revenu considérable par rapport aux simples 20% d'un DRG.

M. Poggia indique que la FINMA, qui est l'autorité de contrôle des assurances privées, a demandé qu'il y ait davantage de transparence sur cette facturation complémentaire qui se fait directement entre le chirurgien et l'assurance privée du patient en demandant qu'elle passe par la clinique qui ne ferait alors qu'une seule facture en la détaillant avec les différentes prestations, dont celle du chirurgien. A la connaissance de M. Poggia, Genève est le seul canton où les médecins n'ont pas accepté d'entrer dans ce processus. En tout cas, on comprend la réticence des médecins en cabinet à ouvrir cette porte à une transparence qui serait bienvenue. D'un autre côté, on a intérêt à ce que ces médecins puissent avoir un intérêt financier à opérer des patients en assurance privée dans les cliniques privées. Si on paie une clinique privée, c'est généralement pour avoir le choix du médecin lorsque l'on a un coup dur et aller se faire opérer en clinique privée. A un moment donné, si le médecin qui opère en clinique privée n'a pas d'intérêt, il va choisir certaines opérations qu'il va tout simplement ne plus faire et qui vont se retrouver aux HUG. Si on veut que le privé soit un partenaire et un complément nécessaire à la pratique chirurgicale en milieu hospitalier public, on doit garder cet intérêt.

Aujourd'hui, on voit malheureusement que la tendance n'est pas favorable puisque de plus en plus d'opérations sont faites en ambulatoire et sont exigées en ambulatoire, sauf cas particulier, par les assureurs. Ils exigent ainsi que cette opération, pour laquelle la personne a normalement payé des primes, soit facturée intégralement à la LAMal, puisque l'opération qui se fait en une journée est une opération ambulatoire et, donc, à la charge

exclusivement de la LAMal. Là, on voit une perte d'intérêt pour les assurances complémentaires pour la population qui commence à se demander, compte tenu de l'évolution de la technique médicale qui permet de faire de plus en plus d'opérations en ambulatoire, pourquoi elle paie réellement des primes d'une assurance complémentaire. Il faut que les assureurs complémentaires se réinventent, sinon ils vont perdre de l'intérêt, sans parler du fait que des opérations sont tellement mal payées que les cliniques elles-mêmes n'ont pas intérêt à mettre leurs salles d'opération à disposition pour faire ces opérations. Là aussi on a vu, quand on a baissé les tarifs TARMED (pour les opérations ambulatoires), que certains opérateurs de la main ou de l'œil ont décidé de ne plus faire certaines opérations, ce qui a conduit à un report sur les HUG. Cela dit indirectement qu'il est important de continuer à faire de tout aux HUG parce que, si on perd cette compétence, le jour où il n'y a plus d'intérêt financier à opérer en clinique privée, on devra envoyer les patients genevois dans d'autres cantons.

*Une commissaire aimerait des précisions sur le premier étage de la facturation où il y a la « facturation d'un complément LCA basé sur le DRG », et M. Müller explique que c'est la nouveauté dans ces facturations bottom-up. Il y a une part de la facturation complémentaire qui se base sur la valeur du point DRG. Si celui-ci vaut 0,5, la facture de base sera de 0,5 multipliée par le tarif de l'hôpital et celui-ci pourra facturer 0,5 fois le tarif négocié avec la LCA en plus à la LCA. Ce n'est plus un forfait où l'on dit que l'hôpital reçoit par exemple 2000 francs pour une hospitalisation. C'est maintenant un forfait basé sur le DRG qui résulte de l'hospitalisation.*

*La commissaire comprend que c'est la même prestation de soins, mais, si le patient est en assurance privée, la clinique peut facturer un ratio supérieur à l'assurance privée et M. Poggia précise qu'il s'agit de savoir quelle est la prestation complémentaire que l'on donne en échange de cette facturation complémentaire. M. Müller répond qu'il n'y en a pas. C'est une manière pour les hôpitaux d'avoir deux « bases rates ». Un premier pour les patients de base et un autre pour les patients LCA. Avant, les tarifs étaient par exemple négociés à 10 000 francs le point et, pour quelqu'un qui avait une LCA, avec celle-ci, on conventionnait un « base rate » à 12 000 francs le point. Quand la personne se faisait hospitaliser, il y avait ainsi 10 000 francs à la charge de l'assurance de base et le différentiel entre ce qui avait été négocié avec la complémentaire et la base était à la charge de la complémentaire. C'est quelque chose qui était trop opaque pour la FINMA parce qu'il y avait la superposition de facturations. Elle a ainsi demandé de faire ce bottom-up et que les conventions tarifaires ne mentionnent pas un « base rate » différent pour les LCA, mais que le « base rate » soit toujours de 10 000 francs, dans*

l'exemple pris, pour la partie LAMal et que, dans les conventions, soit mentionné un supplément de 2000 francs. M. Müller précise que ce supplément de 2000 francs, c'est 2000 francs multipliés par le point DRG.

M. Poggia précise que cela a été mis en place pour qu'il y ait une incitation pour les hôpitaux qui reçoivent en grande partie des patients de base aussi de prendre des complémentaires. M. Poggia demande à M. Müller de préciser qui gagne et qui perd avec ce nouveau système.

M. Müller pense que c'est un jeu à somme nulle entre les hôpitaux et les assureurs. Ceux qui y gagnent, ce sont les patients qui doivent recevoir une facture qui est plus claire qu'auparavant. Ils savent combien a été payé par la LAMal et combien cela va coûter à la complémentaire parce que les deux factures sont complètement séparées. On a la base LAMal et on a un complément LCA. Auparavant, il y avait la base LAMal et la base LAMal plus LCA dans laquelle on faisait une soustraction de ce qui avait été déjà payé par la LAMal. Pour le patient, c'était tout simplement incompréhensible. Autrement dit, on est dans le même système qu'avant, mais on a des briques identifiables qui se mettent les unes sur les autres alors que, avant, on avait des éléments qui se superposaient et qui nécessitaient des soustractions dans certaines factures. C'est vraiment un souci de clarification des factures qui a conduit à ce changement.

*La commissaire comprend que la prestation de soins est identique pour un assuré LAMal uniquement et un assuré LAMal avec complémentaire, mais elle coûte plus cher si c'est un assuré avec une complémentaire et M. Müller confirme que la prestation est rémunérée plus chère.*

Ensuite, en réponse à un commissaire qui comprend que, pour quelqu'un qui accouche à la maternité des HUG ou dans une clinique privée où il reste deux nuits pour une raison ou une autre, le coût pour l'Etat est le même, M. Müller avait précisément prévu un exemple d'accouchement par voie basse dans sa présentation. On voit que le « cost weight » d'un accouchement est de 0,546 alors qu'une intervention beaucoup plus lourde, une intervention valvulaire cardiaque, est à 9,465. Cette valeur est multipliée par le tarif de l'hôpital. A Genève, il y a deux tarifs qui ont cours, celui des HUG et celui des cliniques privées. En fait, aux HUG, cela coûte plus cher que dans le privé. Le tarif est plus élevé.

M. Poggia fait remarquer que c'est pour cette raison qu'une clinique privée n'a pas intérêt à avoir une patiente qui accouche qui n'a que l'assurance de base. Elle a plutôt intérêt à avoir une patiente qui a l'assurance complémentaire. C'est la raison pour laquelle, dans le cadre des négociations, pour éviter que les cliniques privées ne prennent que les patients pour les

accouchements qui ont l'assurance complémentaire en laissant celles qui n'ont que l'assurance de base pour les HUG parce qu'elles gagneraient alors moins que les HUG, le canton a exigé le « un pour un ». Sans cela, il y aura la sélection risque. L'Etat sera gagnant, mais le but n'est pas seulement de gagner de l'argent, mais aussi de décharger les HUG pour qu'un certain nombre de patients qui iraient normalement aux HUG puissent aller en clinique.

A la suite de quoi le commissaire comprend que, si on n'a que la LAMal et que l'on accouche en clinique privée, on n'a pas le droit à un menu 5 plats et, M. Bron indique que cela demande une organisation de pouvoir répondre aux patients sans complémentaire. Il se trouve que, par définition, l'horaire des accouchements est assez imprévisible pour les gynécologues. On ne peut vraiment rien planifier. Ainsi, la règle des « un pour un » va être particulièrement difficile à remplir pour cette prestation parce que, jusqu'à maintenant, ils n'ont pas voulu opérer au tarif de base dans les cliniques privées. En effet, cela demande d'être disponible 24h/24 pendant une certaine période sans pouvoir avoir des perspectives de revenus qui sont à la hauteur des espérances quand on est dans la LCA. Concrètement, la règle des « un pour un » va faire en sorte qu'il sera très difficile d'avoir véritablement des parts cofinancées par l'Etat pour des accouchements par voie basse non planifiés dans des cliniques privées. C'est une règle relativement nouvelle qui est appliquée depuis le début de l'année, mais jusqu'à la fin de l'année dernière, les obstétriciens refusaient de pratiquer des cas AOS cofinancés par l'Etat dans les cliniques privées.

M. Poggia croit que l'anesthésiste pour la péridurale était rémunéré 90 francs par les cliniques. S'il doit se réveiller à 2h00 pour aller faire une péridurale à 90 francs, il préfère rester au lit.

### ***Planification des coûts du financement hospitalier***

M. Clavel aborde maintenant le point essentiel de cette présentation. C'est la question de la manière dont on planifie les coûts du financement hospitalier et dont on traduit tout ce que l'on sait sur l'activité des hôpitaux en montant ce qui est inscrit au budget. Pour cela, on utilise un outil issu de la planification sanitaire qui fait l'objet d'un rapport quadriennal et qui prévoit l'évolution des besoins en soins de la population en utilisant des modèles de projection démographique et épidémiologique. Cela sert notamment de base pour établir les prévisions budgétaires pour assurer le financement des soins pour plusieurs années (en général, cela est fait à un horizon de trois ou quatre ans). Cette planification concerne les cas stationnaires LAMal, ce qui constitue l'essentiel des charges pour l'Etat).

Le but de cet exercice de planification hospitalière est non seulement d'arriver à un budget, mais aussi à une liste hospitalière qui recense les établissements qui seront nécessaires pour couvrir les besoins en soins de la population pour certains types de prestations. On a ainsi l'outil budgétaire et l'outil de la liste hospitalière. Les hôpitaux inscrits sur cette liste sont autorisés à facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Il y a eu un changement majeur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020 qui est le résultat d'un arrêt du Tribunal administratif fédéral de début 2019 qui a considéré que l'ancienne manière de procéder à la planification hospitalière, à l'établissement de la liste hospitalière et au financement des établissements qui se trouvaient sur la liste hospitalière était contraire au droit fédéral. Le canton a donc revu la manière de faire pour se remettre en accord avec les conclusions de cet arrêt. Cela a provoqué deux changements majeurs.

Tout d'abord, auparavant les établissements privés inscrits sur la liste hospitalière avaient un mandat de prestations annuel dans lequel était indiqué le montant de l'enveloppe qui leur était allouée (c'était une enveloppe fixe qui ne pouvait pas être dépassée). On avait ainsi une vision très précise de ce qu'allaient coûter les établissements privés durant une année. C'était également le cas pour les HUG puisque, dans le contrat de prestations, une ligne servait à assurer le cofinancement des prestations stationnaires aux HUG. Dorénavant, le financement se fait à la prestation. Cela veut dire que le volume du cofinancement qui va aller vers les établissements privés ou vers les HUG dépendra de l'activité réelle de ces établissements. Il ne sera plus conditionné par une enveloppe prédéterminée. Il y a aussi cette idée de contraindre tous les établissements étant sur la liste à faire au minimum 50% de cas d'assurés de base pour bénéficier du cofinancement pour les cas qui sont des assurés de base avec une complémentaire. Le but est d'exercer le rôle du canton dans la vérification que l'obligation d'admettre est respectée par tous les hôpitaux, cette obligation étant inscrite dans la LAMal. On sait que les modèles d'affaires des cliniques ne leur permettent pas d'assumer 90% de cas AOS comme le font les HUG. Sachant que la part de cas LCA dans le canton de Genève tourne autour de 30%, un ratio de 50% a été jugé raisonnable. C'est d'ailleurs un ratio qui a été utilisé dans le canton du Tessin qui maintient à peu près la même proportion de cas LCA. Cela a d'ailleurs été jugé par le Tribunal fédéral comme étant un ratio qui ne nuit pas à la liberté économique étant donné l'écart qui existe entre la proportion réelle de cas LCA et la limite fixée à 50%.

Les conséquences, c'est que tous les coûts des séjours stationnaires, qu'ils soient versés aux HUG ou aux cliniques privées, sont regroupés dans une ligne « prestations stationnaires » qui permet de couvrir la part due par l'Etat

pour toutes les prestations stationnaires, quel que soit l'établissement où elles sont faites. Ce que cela a provoqué pour la politique K01, c'est que cette partie du contrat de prestations LIAF des HUG, qui concernait le fonctionnement, mais dans lequel était contenue la part des 55%, a été retirée. Finalement, on a, dans le contrat de prestations, les missions d'intérêt général, la recherche et l'enseignement et une nouvelle prestation d'intérêt général qui sert à combler le déficit entre ce que les structures tarifaires permettent aux hôpitaux universitaires de gagner et ce que cela leur coûte réellement. Il y a encore une ligne budgétaire hors cadre LIAF qui est une dépense contrainte inscrite dans la LAMal qui est celle des prestations stationnaires hospitalières.

Les difficultés que cela provoque, c'est que ce nouveau mode de financement implique une incertitude pour 2020 qui dépend de la manière dont les cas vont se répartir entre les établissements privés et les HUG. Etant donné qu'ils ont des tarifs différents, cela peut provoquer de potentielles économies si on a plus de cas dans les cliniques privées, vu que le « base rate » est plus bas. Par contre, ce qui peut provoquer une hausse, c'est que les cliniques privées vont pouvoir se faire cofinancer des cas avec complémentaire, ce qu'elles ne pouvaient pas faire auparavant avec leurs anciens mandats de prestation.

*A la suite de cet exposé, une commissaire se souvient que les hôpitaux inscrits sur la liste hospitalière l'étaient pour des spécialités bien précises, mais que cela ne se faisait pas en fonction des besoins avec une répartition entre les établissements. Elle a compris que les établissements postulent pour pouvoir fournir un certain type de prestations et qu'un arbitrage est fait en fonction des critères de qualité et d'économicité pour savoir si un établissement a le droit de figurer ou non sur la liste hospitalière pour ce type de prestation.*

M. Müller confirme que c'est juste, sachant qu'il y a aussi la question de la couverture des besoins en soins. Quand les établissements postulent pour être retenus sur la liste hospitalière, on examine la qualité, leurs prestations, si cela répond aux critères demandés pour les prestations pour lesquels ils demandent à être inscrits, mais l'Etat leur demande aussi de fournir un nombre de cas qu'ils seront capables de prendre en charge. On cherche une adéquation entre la somme de ce que les cliniques qui ont postulé pour une prestation sont capables de fournir et ce qu'on a prévu dans la planification pour cette prestation. Il est vrai que cela apparaît de manière moins flagrante, mais c'est ce que M. Müller a voulu mettre en avant dans la présentation. Il y a effectivement ces crédits de qualité et d'économicité, mais il y a aussi la nécessité d'avoir une offre suffisante. C'est pour cela que, pour certaines



prestations, par exemple l'orthopédie qui génère beaucoup de cas par année, on ne peut pas se contenter d'avoir un seul établissement. Il y en a plusieurs pour être sûr que le nombre de cas prévus en orthopédie pourront être couverts par les établissements sur la liste hospitalière.

M. Poggia précise que, inversement, s'il n'y a que 50 cas dans un domaine et que trois cliniques disent chacun qu'elles pourront assumer 50 cas, on voit que l'on offre 150 cas alors qu'en réalité on en planifie 50. Ce sont donc des critères de rationalisation, d'économicité et de qualité qui feront que l'on va choisir un établissement, le cas échéant, pour pouvoir répondre à ce besoin. Il s'agit aussi d'éviter de disperser les patients entre divers établissements, sachant que plus un chirurgien pratique d'opérations, plus il est efficace et moins le risque de complication est important.

M. Bron confirme que la participation du canton de Genève est liée aux cas stationnaires LAMal de résidents genevois, y compris s'ils sont soignés dans un autre canton. Il comprend que, pour un résident nyonnais qui travaille à Genève et qui se fait opérer aux HUG, la participation cantonale est financée par le canton de Vaud et M. Müller précise que, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, les frontaliers assurés LAMal actifs dans le canton de Genève sont à la charge du canton de Genève. Ils sont traités au même titre que les résidents avec 55 % à la charge du canton.

M. Poggia ajoute que, pour le Vaudois qui vient se faire opérer à Genève, la part cantonale est versée par le canton de Vaud et, si cette part est inférieure à celle du canton de Genève, le canton de Vaud ne versera que ce qu'il aurait versé pour la même intervention dans le canton de Vaud. C'est au maximum ce qu'un canton aurait versé pour ses résidents chez lui.

M. Bron précise que c'est le cas, sauf si c'est une urgence ou qu'il y a une raison médicale auquel cas c'est considéré comme complétant l'offre vaudoise et le canton de Vaud paiera alors le tarif genevois. En l'occurrence, c'est le même tarif que le CHUV, mais cela pourrait être différent.

M. Poggia note que, à un moment, le canton de Genève avait un tarif plus élevé qu'ailleurs et il n'avait donc pas intérêt à ce que les autres viennent à Genève parce qu'il recevait une part cantonale inférieure à celle de Genève.

**Suite de l'audition de M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat, de M. Michel Clavel, directeur financier/DSES, de M. Adrien Bron, directeur général de la santé/DSES, et de M. Nicolas Müller, directeur/DSES**

*Un commissaire (EAG) relève qu'il y a trois colonnes dans le projet de loi montrant la répartition des montants. Il ne comprend pas pourquoi on parle d'indemnité résiduelle pour la politique salariale de l'Etat et de sous-couverture pour les structures tarifaires. Il demande si cela veut dire que ce n'est pas là qu'est réglé l'essentiel de la politique salariale.*

M. Poggia répond qu'il y a les deux choses. Il y a le fait que l'on impose aux HUG une échelle des traitements qui est celle de l'Etat et, donc, qui n'est pas celle prise en considération pour le reste des cantons par rapport à la moyenne. La sous-couverture des structures tarifaires correspond au fait que, SwissDRG ne prenant en charge qu'entre 92 et 95 %, il y a 5 à 8 % qui manquent pour qu'on ait des prestations d'un hôpital universitaire, le canton doit compléter pour pouvoir couvrir les coûts.

*Le commissaire se souvient qu'un commissaire avait demandé, lors de la précédente audition, pourquoi la colonne « indemnité pour les prestations relatives aux missions d'intérêt général » évolue avec le temps. La question que le commissaire se pose c'est pourquoi les deux autres colonnes ne bougent pas d'une année à l'autre alors que, comme cela est écrit dans l'exposé des motifs, il y a une augmentation des besoins, notamment en ce qui concerne la politique salariale de l'Etat. Le commissaire imagine quand même qu'il doit y avoir une négociation avec les HUG s'il est question d'augmenter les effectifs ces prochaines années avec l'augmentation des besoins. Il se demande ainsi la raison pour laquelle il n'y avait pas un franc de variation.*

M. Poggia indique que, si on devait augmenter les salaires avec un impact sur la masse salariale des HUG, l'Etat devrait adapter le cas échéant son subventionnement.

M. Clavel confirme. S'il y a besoin de postes supplémentaires, et certains sont prévus notamment dans le cadre de l'augmentation des capacités des urgences adultes, il y a des montants prévus en augmentation sur la ligne des missions d'intérêt général parce que les urgences ressortent de ce type de prestations.

*Une commissaire (MCG) comprend que, si un Vaudois se fait opérer à Genève, 55 % est payé par l'Etat de Vaud et que, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, si c'est un frontalier qui se fait opérer à Genève, c'est payé par l'Etat de Genève. Elle aimerait savoir quelle en est la raison.*

M. Bron répond que c'est une décision fédérale qui s'est imposée au canton de Genève. Ce sont des règles d'application de la LAMal qui s'imposent au niveau fédéral et M. Poggia confirme que ce n'est pas propre à Genève. Par ailleurs, auparavant, il y avait un tarif de tarification qui était différent pour les frontaliers. Aujourd'hui, c'est le même tarif. Il explique que, avant les DRG, il y avait des tarifs distincts selon les différentes populations. Maintenant, tout cela est un peu aboli avec les DRG où la facture est la même. Après, les agents payeurs peuvent être différents, mais la facture est la même.

M. Poggia signale que, s'il va se faire opérer à Annecy, cela ne sera qu'avec une situation d'urgence puisqu'il n'est pas assuré à la sécurité sociale. Il n'a donc pas le libre choix de se faire opérer en France. Par contre, la LAMal interviendra, si la situation d'urgence est valable, au tarif de facturation. M. Poggia ne peut pas dire si c'est le tarif français, mais il voit mal que la LAMal verse davantage pour un Suisse que pour un Français opéré en France.

Quant à savoir si dans ce cas c'est la Suisse qui paie, M. Poggia estime que, dans ce cas, c'est assez juste. Si M. Poggia va à Annecy et qu'il se casse la jambe, il est normal que ce soit son assurance à laquelle il a cotisé qui intervienne là où il a besoin des soins. Quant au Français qui se fait opérer à Genève en tant que travailleur frontalier, il faut voir qu'il a cotisé à la LAMal qui lui garantit des prestations LAMal sur territoire suisse. La seule particularité qui peut être considérée comme choquante, c'est que les primes calculées pour ce frontalier le seront en fonction d'une communauté d'assurés exclusivement composée de travailleurs frontaliers, donc de personnes actives et, donc, moins forcément sujettes à la maladie. Ainsi, un frontalier assuré à la LAMal paiera une prime LAMal inférieure à un Genevois à la LAMal. En effet, avec la solidarité, à Genève, on a des primes qui tiennent compte de l'ensemble de la population, y compris de l'âge de la période d'activité et on sait que, après 65 ans, par la force des choses, on risque davantage d'avoir besoin de soins pour cause de maladie. M. Poggia précise que c'est fixé par le droit fédéral et que le canton n'a pas de marge de manœuvre.

*Un commissaire (Ve) constate que, dans l'analyse entre hôpitaux en page 24, il y a des classes de fonctions, des HUS 1, HUS 2 et HUS 3, une moyenne et les HUG. On voit que les HUG sont à un prix beaucoup plus élevé. Ce commissaire aimerait savoir ce que sont ces HUS et ce qui justifie une pareille différence. D'après les explications, il comprend que c'est lié à la grille salariale de l'Etat.*

M. Poggia explique que « HUS » correspond aux « hôpitaux universitaires suisses » dont font partie les HUG et M. Bron pense que les hôpitaux universitaires ne veulent pas apparaître individuellement et qu'ils mettent donc des numéros. Il ne sait pas si on connaît à quel nombre correspond quel hôpital universitaire, mais c'est l'un des cinq hôpitaux universitaires suisses, à savoir Zurich, Bâle, Berne, Lausanne et Genève.

M. Poggia indique qu'il est en tout cas clair que Genève a une grille salariale plus favorable. Rien que par rapport au canton de Vaud, on estime que la différence est d'environ 15 %. Pour autant, les tarifs sont les mêmes à Genève que dans le canton de Vaud, d'où l'obligation de compléter. Les coûts étant générés par la masse salariale, c'est-à-dire du personnel qui intervient pour une opération déterminée en fonction du temps nécessaire pour ces opérations, et l'ensemble des infrastructures pour l'opération en question, le coût de production des soins est ainsi supérieur au prix, le prix étant celui qui résulte de la convention entre les HUG et les assureurs.

En réponse au commissaire qui estime que cela n'explique pas la variation dans les typologies métiers entre les différents cantons, M. Poggia pense que cela s'explique historiquement. De mémoire, à Genève, il y a des tarifs supérieurs au niveau du personnel soignant, mais il n'est pas certain qu'on soit au-dessus pour les médecins eux-mêmes.

M. Bron confirme que, pour tout ce qui concerne le personnel médical, cela dépend des différentes catégories de la hiérarchie médicale. Il est clair que, sur les chefs de clinique, les internes, les médecins adjoints, Genève rémunère plutôt moins que certains autres hôpitaux et pas forcément des universitaires, mais des hôpitaux de Suisse orientale qui rémunèrent même mieux. Pour toutes les autres fonctions, il y a des différences importantes et qui sont liées à la classification des fonctions de l'Etat de Genève, mais aussi au temps de travail. En effet, les horaires sont parfois supérieurs à ce qui est pratiqué aux HUG, ce qui donne un coût horaire différent selon chacune de ces professions. Ce n'est pas la même chose si vous travaillez 42 heures par semaine plutôt que 40 heures.

*Un commissaire (S) note que le canton ne finance pas les prestations ambulatoires, mais finance les prestations stationnaires. Dès lors, il aimerait savoir s'il y a un incitatif, voire une pression, du canton aux HUG pour faire plus d'ambulatoire et moins de stationnaire.*

M. Poggia répond négativement. On comprend bien que l'intérêt des HUG est d'avoir des revenus propres générés soit par les patients privés soit par d'autres sources que l'Etat de Genève et l'ambulatoire fait partie de ces autres sources. Il ne faut pas oublier que l'on risque de payer la facture de

l'autre côté. Pousser à faire de l'ambulatoire, ce n'est pas qu'on pousse à faire des actes inutiles, mais on sait que l'on peut évidemment recevoir les patients plus souvent, de manière tout à fait justifiée selon les règles de l'art médical. On peut aussi leur dire « si vous n'allez pas mieux rappelez-moi et on fixera un rendez-vous ». Le fait de pousser – c'est aussi vrai pour le secteur privé – cette facturation, où l'on pourrait avoir un intérêt au niveau des HUG, cela va faire indirectement augmenter les primes et on sait que le canton y participe largement par les subsides. C'est donc un mauvais calcul. Au contraire, on aurait donc plutôt tendance à demander aux HUG de ne pas forcer dans l'ambulatoire où ils entrent en concurrence directe avec le secteur privé de cabinets de ville qui font très bien leur travail et M. Poggia pense que ce n'est pas le rôle des HUG de le faire. Il y a d'autres moyens pour essayer d'inciter ou de décourager ce type d'activités ambulatoires dans un hôpital, c'est de fixer des tarifs différents. Pour l'instant, on en est à 96 centimes le tarif du point, mais on pourrait dire que le tarif du point au niveau hospitalier est inférieur. Il y aura ainsi moins d'incitatifs pour les HUG à faire de l'ambulatoire. D'un autre côté, en descendant le point, on comprend qu'on va moins charger l'assurance-maladie, mais, s'il n'y a pas en même temps un redimensionnement des soins ambulatoires, le canton aura l'obligation de financer indirectement ce manque à gagner pour les hôpitaux. C'est ainsi un juste équilibre entre l'un et l'autre et qui est sans cesse à remettre en question.

M. Bron ajoute que ce n'est pas que l'Etat ne finance pas l'activité ambulatoire aux HUG puisqu'il finance quand même 14 % des volumes. Il n'y a aucune tendance spécifique à ce projet de loi dans ce sens, sachant que ces mouvements sont déterminés par beaucoup de dimensions autres. Evidemment, les DRG ont quand même vocation à diminuer les durées moyennes de séjour, mais ce qui correspond à une notion de meilleure qualité aussi. Quant à savoir si cela génère plus d'ambulatoire après, c'est possible. Après, pour les normes de qualité, il y a quand même maintenant ces listes qui sont plus que respectées à Genève parce qu'on a déjà un virage ambulatoire qui est très avancé. M. Bron précise que l'objectif n'est pas financier. C'est vraiment une question de qualité médicale, notamment pour éviter des opérations et des hospitalisations superflues, puisque tout ce qui permet de les éviter est une bonne chose en termes de qualité. M. Bron dirait que la tendance globale est d'essayer d'avoir un juste virage ambulatoire qui soit justement réparti entre l'activité ambulatoire privée et l'activité ambulatoire publique, sachant qu'il y a une part de l'ambulatoire qui va, de facto, n'être que publique. En effet, le fait d'avoir des gens qui sont disponibles en tout temps dans toutes les spécialités, le privé n'offre pas cela.

Il y a aussi les aspects de capacité de coordination et tous les éléments de formation. Ce sont tous les éléments qui n'existent pas dans le privé s'il n'y a pas ce financement un peu complémentaire qui correspond à ces 14 % aujourd'hui. En tout cas, il n'y a pas le but de faire gonfler l'ambulatoire hospitalier. C'est plutôt une tendance contre laquelle on préfère lutter.

Enfin, M. Poggia précise que c'est d'autant plus vrai que la prochaine étape de l'opération sera ce financement uniforme des soins à la charge des cantons. Aujourd'hui, c'est 55 % pour le stationnaire et 0 % pour l'ambulatoire. La prochaine étape consiste à mettre un pourcentage unique pour l'ensemble des soins. Cela veut dire que, même pour la facture du gynécologue installé en ville, il y aura une part cantonale que l'on estime aux environs de 23 % pour tout. Cela signifie que le 55 % descendrait à 23 %, mais on passerait de 0 à 23 % pour l'ambulatoire. On n'a donc aucun intérêt à augmenter l'un sachant que, à la fin, on va faire payer le tout au canton. Il est vrai que c'est lié au contrôle de l'installation de nouveaux cabinets qui va pouvoir entrer en vigueur à partir de l'année prochaine. Le canton va pouvoir contrôler l'installation de nouveaux cabinets médicaux pour voir s'ils correspondent à un besoin, mais avec ce pouvoir de contrôle on va leur dire qu'ils peuvent payer aussi. Cela sera la prochaine étape. Evidemment, cela remettra de nouveau tout l'ouvrage sur le métier dans la planification des coûts de la prise en charge des soins sur le canton.

*Une commissaire (S) note que M. Poggia a émis l'hypothèse que, si l'on baisse le point TARMED pour une prestation de soins ambulatoires à l'hôpital, celui-ci va avoir tendance à moins faire d'ambulatoire. On peut aussi imaginer que, pour les patients dont beaucoup ont une franchise à 2500 francs par année, s'ils doivent aller faire un contrôle dermatologique, ils vont plutôt aller à l'hôpital où le point TARMED est plus bas et, donc, faire grossir les demandes auprès des HUG qui ont une obligation d'admettre.*

M. Poggia constate que, dans le domaine de la santé, il y a des effets pervers dans tout ce que l'on fait. On veut essayer de contrôler en agissant sur un sujet et on se rend compte que cela a un effet pervers sur un autre sujet et que, là où l'on pensait faire des économies, cela génère une hausse des coûts sur un autre sujet. Si on baisse le point TARMED de l'ambulatoire pour les HUG, il peut y avoir un bon incitatif en disant que les HUG ont moins d'intérêts à en faire. Au contraire, cela voudrait dire qu'il faut qu'ils en fassent plus pour obtenir le même rendement. Il y a donc un effet pervers si on ne contrôle pas la manière dont cela est mis en place. Si on n'adapte pas les structures, le canton paiera finalement la même chose et on risque de déplacer les patients du privé vers le public, ce qui n'est évidemment pas

intéressant non plus. Le public n'a pas pour vocation de grossir si la prestation est bien faite dans le privé, mais il doit être là pour être prêt à faire ce que le privé, à un moment donné, décide de ne plus faire pour différentes raisons, notamment pour un rendement insuffisant.

**Audition de M. Bertrand Levrat, directeur général/HUG, de M. Rémy Mathieu, directeur financier/HUG, de Prof. Arnaud Perrier, directeur médical/HUG, et de M. François Canonica, président du conseil d'administration/HUG**

M. Canonica croit que le département a expliqué sous quel nouveau régime le travail est fait maintenant. Il propose de donner la parole à M. Levrat puis de répondre aux éventuelles questions des commissaires.

M. Levrat ne veut pas être redondant avec ce que le département a déjà dit à la commission des finances. Il y a eu un arrêt du Tribunal fédéral qui fait que le contrat de prestations présenté aujourd'hui est différent des précédents. Finalement, tout ce qui a trait à la LAMal et au financement de la prestation, lorsqu'elle est délivrée, va se trouver dans un cadre presque automatique de facturation par rapport aux parts Etat et assurances. Il reste ainsi trois piliers identifiés et mis en exergue dans le contrat de prestations. L'un concerne les missions d'intérêt général avec toute la politique publique que l'Etat souhaite mettre en œuvre et confie aux HUG. Dans ce cadre, contrairement à certains fantasmes, il y a une liste exhaustive de ce qui est concerné par les missions d'intérêt général. M. Levrat salue cette transparence qui fait en sorte que l'on sait exactement ce qui est de l'ordre des missions d'intérêt général.

M. Levrat précise qu'il arrive parfois qu'une mission d'intérêt général ait plus ou moins de dépenses. Par exemple, dans le cas des migrants, il peut y avoir des variations, mais, dans le cadre d'un contrat de prestations, avec des objectifs à 2023, on a une enveloppe « missions d'intérêt général » qui va faire que, lors des comptes, on va pouvoir avoir une forme vraisemblable d'équilibre entre certaines qui vont augmenter et d'autres qui vont diminuer. Il y a ainsi une indemnité pour les prestations relatives d'intérêt général qui est relativement stable dans son enveloppe générale.

Il indique que, lors de leur précédente audition, les HUG sont venus sur une mission d'intérêt général spécifique qui concerne le COVID et qui n'est pas dans le contrat de prestations soumis aujourd'hui à la commission des finances. La commission des finances a voté un montant pour 2020 et M. Levrat adresse ses remerciements. Avec l'actualité que l'on voit, on se félicite plutôt de préparer l'hôpital à faire face à une deuxième vague. Concernant 2021, cela reste un point d'interrogation de savoir pourquoi cette

mission d'intérêt général spécifique concernant le COVID n'est pas dans le contrat de prestations.

Parmi les deux autres piliers, il y a tout d'abord le pilier recherche et enseignement qui permet aux HUG d'assumer la mission d'hôpital universitaire qui est la formation et la recherche qui sont également importantes en plus de la clinique. Enfin, le troisième pilier est l'indemnité résiduelle pour politique salariale de l'Etat et sous-couverture par les structures tarifaires. Il relève le fait que tout ce qui a trait au niveau financement par la Confédération concerne souvent des moyennes et, quand on est un hôpital universitaire, par définition, on a des patients qui sortent de ces moyennes et qui ne sont pas couverts par les structures tarifaires. Dans ce cadre, c'est un financement spécifique qui avoisine les 90 millions de francs. L'autre partie est la politique salariale de l'Etat. Les HUG sont liés par les grilles salariales de l'Etat qui font qu'ils ont des salaires dans certains secteurs qui sont supérieurs à ce que le système d'assurance-maladie est prêt à payer et ils n'ont pas d'influence sur cela.

Il ajoute que le paradoxe est que, en comparaison nationale, les HUG paient moins bien leurs médecins et bien mieux leurs nettoyeurs. C'est une décision politique, qui pourrait le cas échéant changer la loi, mais tant que la loi est ainsi faite, les HUG sont liés par les grilles salariales de l'Etat, par le système de B 5 05 et par la LTrait. M. Levrat répond volontiers aux questions à ce sujet, mais c'est un débat qui appartient au Grand Conseil. Ce n'est pas un débat qui appartient aux HUG, sachant qu'en cascade il y a aussi la question de la caisse de pension et de toutes ces choses qui sont aussi liantes pour les HUG, mais pas toujours faciles en termes économiques. C'est la raison pour laquelle, dans le cadre du contrat de prestations, il apparaît clairement ce que cela coûte de maintenir, au niveau des HUG, la politique salariale de l'Etat.

Ensuite, M. Perrier note que les commissaires ont pu voir la liste exhaustive des missions d'intérêt général des HUG. Cela va du planning familial à la prise en charge des patients précaires et à toutes sortes de prestations en psychiatrie qui ne sont pas prises en compte par les tarifs. Celles-ci sont pourtant complètement essentielles puisqu'elles sont précisément des prestations dans la communauté précoce de prévention dans le milieu des patients psychiatriques chroniques, ce qui permet d'éviter des hospitalisations et a permis, ces dernières années, de passer d'une situation de suroccupation (avec un taux d'occupation de 130%, des chambres à deux lits transformés en chambres à trois lits, etc.) à une situation qui a pu être réglée. On est revenu à un niveau de fonctionnement normal et satisfaisant de la psychiatrie, à part l'état des bâtiments qui fera certainement l'objet de



discussions dans un autre contexte puisque cela fait pas mal d'années que l'on discute d'un nouveau bâtiment pour la psychiatrie. Ces missions d'intérêt général sont exactement ce que la société demande aux HUG qu'elles soient, c'est-à-dire des missions qui font partie de la mission de l'hôpital public, qui font partie des missions sanitaires du canton, mais qui ne sont pas financées par les recettes qu'il est possible d'obtenir des assureurs. M. Perrier répond volontiers aux questions éventuelles sur des missions en particulier.

Concernant l'enveloppe recherche et enseignement, c'est ce qui fait des HUG un hôpital universitaire. La mission de formation est ainsi très intense puisqu'il y a en permanence des centaines d'étudiants médecins ou soignants dans ses murs intégrés dans les soins avec le temps nécessaire pour les encadrer et les former avec des moniteurs ad hoc ou des médecins expérimentés. Il y a aussi tout l'enseignement prégradué qui consomme un nombre important d'heures, mais d'heures d'enseignement de qualité qui sont très appréciées par les étudiants que l'on estime maintenant être bien préparés à l'exercice de leur métier, qu'il s'agisse du métier de soignant ou du métier de médecin. Depuis des années, on a beaucoup insisté sur un enseignement au lit du malade, très précoce, avec un vrai enseignement pratique. Pour cela, Genève est allé beaucoup plus loin que d'autres facultés de médecine de Suisse et certainement un peu plus loin que ses voisins vaudois. Quant à la recherche, cela fait partie d'une des missions fondamentales des hôpitaux universitaires. Elle se fait en collaboration avec toutes sortes d'autres métiers et notamment avec les chercheurs fondamentaux qui sont au CMU et qui sont payés par l'université. C'est une partie importante du travail des HUG.

Enfin, M. Perrier indique qu'une chose que les HUG aimeraient à tout prix conserver, c'est que, dès le niveau de chef de clinique, dès le moment que l'on a un FMH et qu'on est dans une position de cadre (aux HUG, il y a à peu près un chef de clinique pour 3 à 4 internes selon les secteurs), pour les contrats de chef de clinique et de médecin adjoint, 20% du temps peut être consacré à l'enseignement et à la recherche. Ce n'est possible que grâce à l'enveloppe enseignement et recherche accordée par l'Etat, sinon les HUG devraient consacrer l'intégralité des contrats de ces médecins cadres à l'activité clinique et on perdrait ce volet de formation.

Le président note que la médecine fait des progrès énormes dans certains domaines. On voit aussi la problématique liée au COVID-19. Dans la société en général, il y a peut-être un retour à des médecines plus naturelles et il aimerait savoir quelle est la position des HUG par rapport à une médecine plus large que la recherche fondamentale.

M. Perrier indique que la recherche fondamentale est vraiment la recherche biologique de base pour comprendre les mécanismes aux niveaux cellulaire et tissulaire. Sans cela, il est difficile de développer de nouvelles interventions, de nouveaux traitements ou de nouvelles molécules. D'ailleurs, beaucoup de la recherche, qui sert ensuite de base à la production de nouveaux médicaments par les pharmas, est en réalité fait sur des fonds publics par la recherche fondamentale de leurs laboratoires. Ensuite, il y a la recherche clinique, qui est plus l'activité des chercheurs cliniques d'un hôpital universitaire qui est vraiment de la recherche sur les patients, ce qu'ils deviennent, quels sont les facteurs de pronostic d'une maladie ou comment il faut les soigner. En effet, tout ce que l'on a appris et testé, dans un laps de temps extrêmement court pour le COVID-19, est un excellent exemple de ce qu'est la recherche clinique. Par rapport à la fameuse question sur la chloroquine, qui était extrêmement mal engagée puisque cela a été un débat médiatique davantage qu'un débat scientifique, on a maintenant des réponses scientifiques grâce à tous les protocoles de recherche clinique qui ont été menés dans différents hôpitaux, dont les HUG. Entre les deux, il y a un pont qui est la recherche translationnelle. Cela consiste à mettre en contact les chercheurs qui font de la recherche en biologie sur les mécanismes et les cliniciens qui soignent les malades pour que, ensemble, ils fassent cette transition entre la compréhension des mécanismes, la découverte de nouvelles cibles et de nouvelles molécules pour le traitement et leur application chez le patient. C'est le cadre de la recherche pure et dure, mais cela ne répond pas à la question du président sur une médecine plus globale.

A ce sujet, on doit reconnaître que, aujourd'hui, même si les preuves scientifiques manquent pour beaucoup de ces approches, certaines de ces médecines complémentaires sont très bien documentées et on en connaît très bien le mécanisme, par exemple l'acupuncture ou l'hypnose. Sur la base de preuves scientifiques solides, on utilise même déjà ces techniques à l'hôpital. Il y a ainsi un programme hypnose extrêmement ambitieux aux HUG où ils forment toutes sortes de collaborateurs pour des gestes très quotidiens. En effet, en utilisant des techniques de l'hypnose (il ne faut toutefois pas imaginer les images que l'on verrait dans un album de Tintin), c'est un climat de calme qui s'installe auprès du patient et des mots que l'on emploie. Cela permet déjà de détendre les patients quel que soit leur âge pour la pose d'une simple voie veineuse et transformer un geste, qui est toujours une agression même mineure, en quelque chose qui se passe de manière tout à fait sereine.

Il y a aussi toutes sortes de médecines et de techniques moins bien documentées, mais dont on sait, un peu par expérience, qu'elles ont une

certaine efficacité et que l'on emploie (M. Perrier pense par exemple à l'ostéopathie qui est aussi en train de se répandre à l'hôpital).

M. Perrier estime que le devoir des HUG en tant qu'hôpital universitaire est de ne pas seulement appliquer ces techniques pour lesquelles le niveau de preuves scientifiques est faible, mais juste de faire en sorte qu'on puisse accumuler des données, faire de la recherche sur ces techniques et transformer cette expérience en savoirs. La recherche, c'est poser une question, mettre en application un certain nombre d'interventions et évaluer de manière objective ce qu'elles donnent dans la pratique pour savoir s'il y a un réel bénéfice ou non. De ce côté, M. Perrier admet que ce n'est certainement pas le point fort de la recherche aux HUG actuellement, mais il y a un projet en maturation, qui a été un peu retardé par la crise COVID, de création d'un centre de médecine intégrative. C'est l'intégration entre la médecine conventionnelle et certaines médecines complémentaires au service des patients. On aimerait que, dans ce centre hospitalo-facultaire, il y ait un volet recherche.

A la suite de quoi, le président relève que, dans la chimie et la recherche fondamentale, on se rend compte que les réseaux de compétence manquent et que la création de centres de compétence devient nécessaire, notamment au travers des industries, parce que celles-ci se regardent peut-être parfois en chiens de faïence pour ne pas avoir les mêmes produits en finalité, mais elles ont dans la compétence les mêmes soucis. Il aimerait savoir si les réseaux de compétence au niveau médical, notamment avec les milieux pharmaceutiques, sont quelque chose qui fonctionne en Suisse.

M. Perrier répond positivement. D'abord, le premier réseau qui fonctionne, c'est celui avec les biotechs de l'arc lémanique et le réseau universitaire qui est très riche. Dans ce type de réseaux, M. Perrier donne l'exemple de l'oncologie. Maintenant, il y a un centre romand d'oncologie hospitalo-universitaire et ils travaillent en complémentarité avec leurs collègues vaudois tant sur le plan de la recherche fondamentale et clinique que sur le plan de la mise en application des traitements pour éviter les doublons. Il y a aussi de forts contacts avec l'industrie pharmaceutique dans ce domaine, avec parfois des développements qui vont être plutôt directement avec ces nouvelles cellules thérapeutiques dont on parle beaucoup par l'hôpital universitaire lui-même pour ses propres patients ou parfois en collaboration avec l'industrie. En Suisse romande, on a la chance d'avoir un réseau particulièrement riche qui est un réseau universitaire, de recherche et industriel et d'avoir des collaborations étroites.

A la suite de quoi M. Levrat aimerait donner deux exemples. Tout d'abord, ils sont le troisième pourvoyeur de nuitées d'hôtel à Genève par la

recherche et les congrès. En termes de congrès, Genève a la chance d'avoir un hôpital universitaire avec les réseaux de compétence dont parle le président qui organise régulièrement des congrès médicaux et sur la recherche et qui font en sorte cela bénéficie aussi à l'économie du canton. Il rappelle que M. Wyss a donné 100 millions de francs pour le campus biotech et il est question qu'il redonne 100 millions de francs pour la recherche. On est donc aussi dans ces réseaux de compétence avec des gens qui arrivent, par exemple le centre Wyss pour le bio-engineering, qui est un produit de la capacité de l'arc lémanique de mettre ensemble l'EPFL, l'UNIL, le CHUV et l'UNIGE. En l'occurrence, c'est sur le site de campus biotech à Genève qu'est mis cet argent pour développer et permettre à la science de progresser et à de nouvelles possibilités thérapeutiques d'émerger. On est typiquement, à travers une activité de formation et de recherche, aussi dans le tissu économique genevois à produire des retours sur investissement de ce que la République et canton de Genève apporte comme soutien.

### ***Questions des commissaires***

*Un commissaire (S) note qu'il est question, en page 9, de l'évolution des besoins et de la planification sanitaire, avec deux variables, l'une démographique et l'autre épidémiologique. Il constate que cette dernière ne figurait pas dans le précédent contrat de prestations.*

M. Levrat explique que c'est la construction de la planification sanitaire genevoise qui se base notamment sur des données épidémiologiques récoltées.

M. Perrier ne peut pas dire si c'est une nouveauté ou non, étant nouveau dans ces enceintes. Ce qui est peut-être nouveau, c'est que cela soit explicite. Il faut comprendre que, si on ne prend en compte que la démographie, cela veut dire qu'on part de ce qu'on fait maintenant, y compris la manière dont on traite les patients et l'évolution de leur maladie, et on tire des traits en fonction de l'augmentation prévisible de la population, de son vieillissement et de ce qu'on sait du devenir de ces maladies avec l'âge. On ne fait que tirer des lignes. La médecine progresse toutefois rapidement dans certains domaines. Cela veut dire que l'évolution des maladies est également transformée. Un exemple, qui pèse d'ailleurs de plus en plus lourd – on ne peut que se réjouir de ce poids parce que cela veut dire que les malades vont mieux et vivent plus longtemps –, c'est l'oncologie. Aujourd'hui, l'espérance de vie de personnes qui ont un cancer avancé a augmenté de plusieurs années pour passablement de tumeurs fréquentes. Un exemple marquant est le cancer du sein où l'augmentation de la survie est très importante. Cela veut dire que ces patients vont vivre plus longtemps et qu'ils vont être davantage

consommateurs de soins pendant des durées plus longues. Il ne suffit donc pas de tirer un trait en disant que l'on connaît l'incidence du cancer du sein et que l'on peut dire qu'on en aura tant de plus par année. Si on prend les coûts des années 2016 à 2019 et qu'on tire une ligne, cela va représenter la charge sur le système de santé. Le paradoxe est que, même si l'incidence n'augmente pas, voire diminue un peu, la charge en termes de coût va augmenter. C'est un signe non pas qu'on traite bien les patients, mais qu'on les traite mieux et qu'ils vivent avec une meilleure qualité de vie et plus longtemps.

*Le commissaire aurait aussi aimé voir la variable de la prévention, car dans une planification sanitaire, une bonne prévention fait en effet baisser les coûts. Ensuite, il note que l'exposé des motifs dit que « le rôle des cliniques privées dans la prise en charge des cas des soins aigus sera renforcé » (cf. p. 9). Il comprend que les cliniques privées vont avoir de plus en plus d'importance dans le canton. Si elles ont de plus en plus de patients, cela veut dire que la subvention aux HUG sera moindre puisque le secteur privé prendra une partie des malades, sans compter la question universitaire qui est importante. Cela étant, les cliniques privées pourraient aussi faire de la formation universitaire et elles ont déjà dit qu'elles avaient les compétences pour former des médecins. Il demande si le budget de fonctionnement des HUG va diminuer au cas où le secteur privé va prendre de plus en plus d'importance dans le canton.*

M. Levrat indique que, toutes choses étant égales par ailleurs (même nombre de patients, même âge et même maladie), le raisonnement que l'on pourrait faire, c'est de dire que, si les cliniques privées prennent une plus grande part (ce n'est pas gratuit pour le canton puisqu'il y a la part assumée par le canton à chaque fois qu'elles prennent un patient), on pourrait diminuer pour les HUG. La réalité des chiffres, c'est que la planification sanitaire cantonale à Genève, sur les 8 dernières années, a été très précise. Ces acteurs qui continuent à assembler des données pour essayer de projeter l'avenir donnent des éléments tout à fait crédibles. Il y a des choses, au travers du rôle des privés et du public, où les HUG, lors de l'appel d'offres fait par le canton, ont dit qu'ils étaient prêts à en prendre moins, par exemple les personnes âgées. Leur secteur n'est pas voué à croître indéfiniment et, si des acteurs privés veulent prendre une part de ces prestations, les HUG sont prêts à diminuer le volume. Il se trouve que ce ne sont pas des patients dont les marges bénéficiaires sont importantes. Ils n'intéressent donc pas véritablement le secteur privé et il ne dit pas cela avec un jugement de valeur. Il comprend que, si le but est d'en faire un business, on va chercher là où il y a les marges les plus importantes possibles. Ce qui peut se passer dans

l'évolution du système sanitaire genevois, dans les années à venir, ce sont des cliniques privées qui vont se spécialiser sur des types de pathologies alors qu'elles ont aujourd'hui une identité de clinique qui fait un peu tout. Demain, il y aura probablement la clinique du genou, la clinique du cancer du sein, etc. Cela va mettre en compétition, comme le souhaite la LAMal, les hôpitaux publics et les hôpitaux privés.

Un commissaire (S) relève que l'hôpital a besoin d'un certain nombre de malades pour pouvoir former des spécialistes. Si on venait à avoir des cliniques spécialisées dans des pathologies ou des types d'opérations, comme le dit M. Levrat, cela posera la question de savoir où l'on va chercher les malades pour pouvoir former des spécialistes.

M. Levrat estime que le commissaire a raison. Notamment pour tout ce qui est la médecine hautement spécialisée, on a toujours revendiqué le fait que c'est dans l'hôpital universitaire que cela doit se pratiquer. Ce n'est pas un marché comme les autres. Il faut aussi rappeler que, sur les trois dernières années, on a vu les chirurgiens de la main dire que, le tarif du tunnel carpien étant descendu, ils ne feraient plus cette opération en disant que les patients n'ont qu'à aller aux HUG. Il y a aussi eu un service d'urgence, celui de la Clinique de Carouge, qui a dit que les tarifs n'étaient plus assez élevés et qui a fermé. Ainsi, il y a dans cet équilibre à trouver un hôpital public et universitaire qui, sur la recherche, mais aussi sur la prestation délivrée à la population, doit pouvoir avoir la garantie d'une continuité, sinon on a le risque d'avoir des gens qui, du jour au lendemain, tirent la prise. S'ils font cela, former les gens, avoir un service et pouvoir le faire tourner, c'est un vrai enjeu sanitaire pour la population genevoise. D'un autre côté, M. Levrat relève que les HUG sont en train de construire, avec la CPEG, un centre de chirurgie ambulatoire avec les partenaires privés pour éviter une concurrence terrible où il y aurait deux centres qui s'ouvriraient en ville, les deux sans un volume suffisant, les deux perdant de l'argent et les deux qui se feraient concurrence et qui éviteraient que l'on en arrive à une structure qui a à la fois un équilibre financier et, surtout, un volume suffisant, y compris pour faire de la formation et de la recherche. Derrière cette mise en concurrence, il y a aussi une stimulation pour trouver des voies nouvelles parfois de fonctionnement pour les HUG.

*Le commissaire espère que l'on pourra continuer à former des médecins, qu'il y aura un nombre de malades suffisants pour qu'ils puissent pratiquer et qu'on ne soit pas obligé de les envoyer dans les cliniques parce que le nombre de malades n'est plus suffisant.* M. Perrier indique n'avoir pas de crainte à cet égard.

*Ensuite, le commissaire se demande pourquoi continuer à faire de l'ambulatoire puisqu'un simple pékin qui va se faire opérer en ambulatoire doit payer 10 % de sa poche. Il a aussi appris que l'hôpital cantonal, s'il fait plus d'ambulatoire, ce n'est pas lui qui y gagne, mais les assurances. Ce qui serait de l'intérêt du pauvre pékin et de l'hôpital cantonal et, donc, des recettes publiques, c'est de faire le moins possible d'ambulatoire. En effet, on gagnerait plus en gardant les gens en stationnaire.*

M. Levrat explique qu'il y a certains contre-incitatifs financiers, mais fort heureusement ce qui les guide, c'est le bien du patient. Si, pour un patient, on peut faire en sorte qu'il soit opéré de manière moins invasive et qu'il rentre le même jour chez lui, plutôt que d'être opéré, de passer trois jours à l'hôpital et d'être dans une opération qui coûte plus cher, y compris pour le système de santé, c'est ce qu'on va faire. Là où le commissaire a raison, c'est qu'il n'y a pas toujours les incitatifs où il faut et il arrive que, plus on travaille, plus on perde de l'argent. Il est vrai que ce n'est pas toujours un incitatif très heureux. A l'inverse, à chaque fois que l'on peut travailler en ambulatoire, c'est mieux pour le patient et il faut que l'on aille dans cette direction.

*Le commissaire indique ne pas contester cette pratique du point de vue médical. L'ambulatoire est quelque chose de positif notamment du point de vue de l'économie et de la possibilité pour le patient d'être chez lui le soir. Ce qu'il dit, c'est que, avec la pratique actuelle de l'ambulatoire, il y a deux entités qui y perdent.*

M. Levrat trouve que le commissaire a raison dans le sens où le système suisse, qui facture à l'acte, qui incite les gens à en faire beaucoup, et pas toujours de manière utile, nécessiterait une réforme profonde pour être sur la qualité médico-soignante. Cela ferait économiser à tout le monde beaucoup d'argent si on imaginait des incitatifs sur la qualité et la santé et pas des incitatifs comme ils existent aujourd'hui et qui, parfois, sont absurdes.

M. Perrier estime que la formation est indispensable, mais aussi pour les interventions ambulatoires. Il y a deux bonnes raisons de faire de l'ambulatoire, même si cela fait perdre un peu d'argent à l'hôpital. Tout d'abord, c'est l'intérêt du patient. Par ailleurs, les HUG doivent former leurs médecins, leurs chirurgiens et les interventionnels à pratiquer ce type d'intervention. Pour cela, la préparation du patient ambulatoire n'est pas tout à fait la même que celle d'un patient stationnaire, même si l'intervention elle-même est similaire. Il y a aussi tout le secteur ambulatoire non interventionnel. Il ne faut pas oublier qu'il y a quand même toutes sortes de patients qui sont des patients qui ont des maladies très pointues, qui ont besoin d'une consultation spécialisée et qui ont aussi besoin d'être regroupés dans un endroit où l'on en voit beaucoup. M. Perrier donne l'exemple des

maladies rhumatismales inflammatoires (les arthrites rhumatoïdes et les autres maladies apparentées), ce sont des patients qui bénéficient grandement d'être suivis dans un centre universitaire où l'on peut regrouper tous ces patients. Si on prend tous les patients de Genève avec ce type de maladies, on a des files actives de plusieurs de patients et, donc, une grosse expérience. Si on les dissémine parmi tous les médecins traitants de la ville, chacun en a un ou deux, on sait que les patients sont moins bien soignés.

M. Leyvrat note que les auditionnés disent que, s'il y a des frais supplémentaires, par exemple en 2021, pour le COVID-19, ce n'est pas dans le contrat de prestations. Il aimerait savoir si tous les lits qui sont préparés maintenant en attente du redémarrage du COVID-19 induisent des coûts supplémentaires déjà pour 2021 ou, s'ils ne sont pas trop utilisés, cela repartira dans la masse.

Il explique qu'annualiser le dispositif de réserve que les HUG prévoient devrait coûter 33 millions de francs par année. C'est quelque chose qui, aujourd'hui, figure dans les aléas du budget, mais qui n'est pas encore inscrit en tant que tel dans leur budget et qui n'est pas dans le contrat de prestations. Il rappelle que ce dernier a été fait en 2019 et qu'il a pris un moment avant d'arriver au Grand Conseil. **On est quasiment une année plus tard avec l'impossibilité d'avoir mis le COVID-19 dans ce contrat**. Pour M. Levrat, il y a l'impossibilité de dire qu'il faudrait voter 33 millions de francs sur les 12 mois de 2021 parce qu'on ne sait pas comment la maladie va évoluer. En revanche, le fait d'avoir une vue de six mois en six mois permettrait, dans un processus budgétaire tout à fait transparent, de dire qu'on est vraiment dans un aléa. Ce que la commission des finances a voté, il y a 15 jours, qui permet aux HUG de recruter du personnel et de faire face, en termes financiers, s'arrête au 31 décembre. On sait que ce n'est pas réaliste au vu de ce qu'on connaît de l'épidémie. Il faudra donc que les HUG reviennent voir la commission des finances à ce propos pour la suite de 2021.

Ensuite, M. Levrat attire l'attention des commissaires sur la psychiatrie. On voit arriver des gens qui ont perdu leur emploi, qui sont dans des situations psychiques beaucoup plus fragiles. On ne sait pas ce que le COVID-19 va donner comme impact psychique. Ce n'est pas pour changer ce mandat de prestations aujourd'hui, mais c'est là aussi un aléa. Un autre aléa qui inquiète M. Levrat, même si c'est un peu tôt pour affirmer que c'est une tendance lourde, c'est qu'il y a un certain nombre de malades chroniques qui perdent leur emploi parce que l'économie vit des moments très difficiles. Ceux qui sont en train de perdre leur emploi en premier sont souvent ceux qui étaient les plus fragiles et, parmi eux, il y a les malades chroniques. M. Levrat livre cela comme un témoignage. L'hôpital public voit arriver des



gens qui semblent perdre leur emploi notamment parce qu'ils ont cette chronicité de maladie ou parce que ce sont des gens qui ont vécu un cancer, qui sont fragiles et qui ne sont pas toujours en emploi. Sans jugement de valeur, mais cela peut éventuellement avoir un impact sur une planification sanitaire si, tout d'un coup, des gens se mettent à plus déprimer, à moins bien se nourrir et à avoir tout d'un coup des impacts différents, et ce contrat de prestations et cette planification sanitaire ont été faits avant les événements que l'on traverse. Enfin, il note qu'il y aura demain la présentation d'un budget fortement déficitaire et on sait déjà qu'il y a des frais existants pour 2021 qui n'y sont pas.

*Une commissaire (S) comprend que le contrat de prestation ne devrait pas nécessairement tenir compte des frais engendrés par le premier pic épidémique, mais elle se demande s'il ne devrait pas tenir compte de missions de prévention de ces risques épidémiques. Un article de la Tribune de Genève mentionne qu'un comité d'expert dit qu'on n'était pas du tout assez préparé pour faire face à ce type de pandémie et que des mesures de prévention auraient pu être mises en place à moindre coût. Ce n'est évidemment pas pour faire face à n'importe quel moment à un pic épidémiologique. Mais avoir un certain nombre de mesures de prévention peu coûteuses, qui auraient coûté probablement beaucoup moins cher que de devoir gérer une crise comme celle-ci et qui auraient pu être mises en place pour essayer de prévenir ce type de situation, il semble que cela rentre dans le cadre des missions d'intérêt général des HUG. Dès lors, elle demande si on ne devrait pas, dans le cadre de ce contrat de prestations, allouer des moyens supplémentaires aux HUG pour mettre en place un certain nombre de mesures de prévention pour faire face à des épidémies, que cela soit un deuxième pic du COVID ou autre virus qui pourrait émerger ces prochaines années.*

M. Levrat indique que le contrat de prestations porte sur des périodes de trois ans et suit un rythme qui n'empêche pas que, dans chaque contrat de prestations, il y a ce dernier article disant que tout ceci dépend du vote du budget annuel par le Grand Conseil et qui laisse à celui-ci la latitude de faire un certain nombre de choses. Quant à la prévention, elle est répartie entre la direction générale de la santé et d'autres acteurs de santé dont les HUG sur un certain nombre de sujets. Si on veut s'attaquer à la prévention, M. Levrat aimerait rappeler que, si on supprime la cigarette dans une population donnée, cela diminue de 30 % les cancers. La science le dit de manière extrêmement claire. On peut ainsi avoir des actions de prévention qui ont des impacts directs sur l'évolution de la santé et de la maladie. M. Levrat note que ce sont de vrais sujets politiques. Typiquement, avec la prévention des

épidémies, on est sur des domaines où l'on est tous plus intelligent après pour savoir quelle aurait pu être la bonne manière de faire. M. Levrat aimerait rappeler que, dans ce cadre, on a une mission confiée par le canton d'avoir des stocks en cas de pandémie ou autre, ceux-ci permettant de les renouveler régulièrement pour éviter ce qui s'est passé avec certains stocks de l'armée suisse tellement bien cachés depuis tellement d'années qu'ils étaient inutilisables parce qu'ils étaient remplis de bactéries. Les HUG ont ainsi la gestion des stocks et leur roulement.

Concernant les mesures de prévention en tant que telles, cela peut être un débat autour des missions d'intérêt général sur la prévention. En revanche, il faudrait voir quels sont les acteurs et se demander si ce n'est pas la direction générale de la santé. Les HUG font de la santé publique avec notamment le professeur Idris Guessous, mais ce n'est pas nécessairement, si on prend les autres cantons suisses, l'acteur hospitalier qui est le meilleur acteur pour faire de la prévention. Les commissaires vont peut-être se dire que M. Levrat plaide contre sa paroisse, mais pour lui on devrait avoir cette discussion pour savoir qui doit mener la prévention de la meilleure manière possible et ce n'est pas nécessairement les HUG, même si la commissaire a raison sur le fait que la prévention en Suisse, en général, et par rapport aux dépenses de santé en particulier, est complètement sous-financée par rapport à tout ce qu'on dépense par ailleurs pour soigner les malades.

*La commissaire demande ce qu'il est de la question de la préparation à faire face à des situations exceptionnelles de type pandémie. Elle aimerait savoir si, selon les auditionnés, il serait opportun, pour le pic épidémique du COVID-19 ou d'autres types de maladie infectieuse, de revoir la préparation des HUG vis-à-vis de ce type d'éléments.*

M. Levrat note que la commission des finances a voté, il y a 15 jours – il l'en remercie – 12 millions de francs pour être prêt pour la deuxième vague. Si c'est pendant cinq ans, M. Levrat remercie les commissaires, pour les cinq ans qui viennent, de voter 33 millions de francs dans le budget des HUG pour rester prêt à faire face à ces variations épidémiques pour éviter d'avoir à fermer le reste de l'activité. On est là exactement dans le cœur de ce que les HUG anticipent par rapport à l'épidémie de COVID-19. Quant à avoir des mesures de préparation et des moyens pour préparer en théorie à une forme de virus et savoir quel est le virus qui va nous attaquer, c'est très compliqué de savoir quelle est la bonne mesure à prendre en fonction d'un virus que l'on ne connaît pas encore.

M. Perrier indique que la situation d'une maladie infectieuse, en plus virale, à l'origine d'une pandémie, est une situation à laquelle il est de toute façon difficile de se préparer. Il faut savoir qu'il y avait un plan pandémie en

Suisse. Avec la grippe H1N1, on s'était dit qu'il fallait être prêt pour une éventuelle pandémie plus sévère. Un plan pandémie a ainsi été mandaté avec des experts, dont certains des HUG, au niveau de la Confédération. Celle-ci a ensuite dit que son application dépendait des cantons. Partout, il y a eu une application diverse des consignes, ce qui explique en partie pourquoi on s'est trouvé, heureusement pas complètement, un peu démuni en termes de matériel de protection au début de la crise du COVID-19. Maintenant, tout le monde a compris la leçon. Pour répondre concrètement à la question de la commissaire (S), les experts des HUG continueront à être actifs dans ce domaine et à être à disposition du canton et de la Confédération pour donner des conseils pour être mieux préparé pour une éventuelle nouvelle catastrophe sanitaire, qu'il s'agisse d'une pandémie ou d'un autre type de problème. Bien entendu, le canton et la Confédération doivent aussi faire leur part, notamment via la direction générale de la santé puisqu'on parle de plans qui vont bien au-delà de l'hôpital, mais concernent toute la société.

Ensuite, la commissaire a vu qu'il est mentionné, dans l'exposé des motifs, que des indicateurs ont été mis en place pour avoir une information sur le ressenti des patients vis-à-vis de la qualité des soins et de la prise en charge. Elle trouve cela très bien, mais elle aimerait savoir s'il y a d'autres types de sondages ou d'indicateurs qui concernent la satisfaction des employés. On sait que la durée de carrière d'un infirmier ou d'une infirmière aux HUG est de 7 ou 11 ans. La commissaire (S) aimerait savoir quels outils ont été mis en place pour avoir un suivi de la santé au travail du personnel des HUG.

M. Levrat signale qu'ils viennent d'avoir, il y a un mois, le résultat d'une enquête de satisfaction nationale sur la profession infirmière faite par un institut bernois. Celle-ci relève une satisfaction assez grande, voire une des meilleures de Suisse sauf erreur, du personnel soignant des HUG. Notamment à la question de savoir s'ils envisagent de travailler, pour les cinq ans qui viennent, au sein de l'institution qui les emploie, la grande majorité répond oui.

Au niveau de la santé psychique, la motivation et l'implication des employés font partie de quelque chose de très important. A la fin de la première vague du COVID-19, un questionnaire a été envoyé par la médecine du personnel à l'ensemble des employés sur leur santé psychique et leur ressenti par rapport au COVID-19. Ce que l'on vit comme réalité managériale aujourd'hui, c'est que tout le monde est fatigué de ce virus, que ce soit dans sa vie privée ou dans sa vie professionnelle. Cela pose la question de la manière de mobiliser sur la durée des gens qui ont été très

impliqués au front et qui vivent toutes les contraintes du COVID-19 tout en ayant les autres contraintes liées à leur profession.

Contrairement aux patients, pour lesquels il y a une enquête annuelle fouillée avec les mêmes questions chaque année, on a plutôt des enquêtes différenciées par rapport à des publics cibles pour essayer d'évaluer la satisfaction au travail et l'implication au travail. Ils ont ces discussions en comité de direction actuellement sur l'introduction d'outils sur l'implication et pas sur des sujets comme l'absentéisme qui pose toujours des questions sur lesquelles ils travaillent, mais aussi sur quelle implication les gens ont quand ils travaillent dans les structures et comment les garder le plus longtemps possible. M. Levrat aimerait rappeler que près de 20% des employés ont plus de 20 ans de HUG, ce qui laisse entendre qu'ils sont un employeur qui essaie de prendre soin de ses employés, mais pour cela il faut le mesurer pour pouvoir évoluer. Ce n'est donc pas une enquête annuelle de satisfaction de tous les employés, mais des enquêtes qui se font souvent par des entreprises externes qui sont mandatées et non par les HUG eux-mêmes.

*Un commissaire (EAG) imagine que ce taux de 20% d'employés qui ont plus de 20 ans de HUG varie selon les postes. Il se demande si ce n'est pas plus court pour les infirmières et infirmiers.*

M. Levrat répond que les infirmiers sont à 80% des infirmières. Ce qu'il se passe souvent, c'est que, dans leur choix professionnel, la maternité fait en sorte qu'elles continuent à temps partiel, voire que, pour un certain nombre d'entre elles, elles arrêtent. Le benchmark qui est certainement intéressant dans ces professions, c'est de faire des comparaisons avec l'ensemble des autres professions. M. Levrat ne sait pas qui autour de la table exerce le métier qu'il a appris, mais pour environ deux tiers des métiers, à l'exception des médecins, les gens ne font pas forcément le métier qu'ils ont appris et évoluent dans leur carrière professionnelle. La profession infirmière n'échappe pas complètement à la règle non plus. Un certain nombre d'infirmières diplômées, après quelques années, se tournent vers la formation ou vers d'autres choses dans leur carrière. En ce qui concerne l'âge moyen des infirmiers et infirmières, il n'est pas dramatiquement différent d'autres professions dans lesquelles il y a des évolutions de carrières.

Le commissaire note qu'il est question, dans l'exposé des motifs, de la sous-couverture par les structures nationales. Il demande si ce constat est le même pour tous les hôpitaux publics de Suisse.

M. Levrat indique que l'ensemble des hôpitaux universitaires suisses démontre – c'est reconnu par SwissDRG – qu'il y a une sous-couverture des hôpitaux universitaires. SwissDRG se base sur des moyennes nationales et un

hôpital universitaire prend, par définition, des cas plus lourds, et ceux-ci sortent des moyennes. Dès lors, ils ne sont pas couverts par les tarifs de manière correcte.

S'agissant de savoir pour quand est attendue l'adaptation des structures qui connaissent un décalage, M. Levrat fait savoir que les structures de facturation et de coûts, par exemple ST Reha pour la réadaptation, ont ces déficits par rapport à une approche que les HUG ont de patients qui sont souvent polymorbides et compliqués. Les HUG ont eu, ce matin, l'exemple de quelqu'un qui disait avoir travaillé dans le privé sur la prothèse de hanche et qu'ils n'avaient pratiquement que des gens en bonne santé qui, quelques jours après leur opération de la prothèse de hanche, sortaient de l'hôpital en marchant. Aux HUG, on a souvent des gens assez gros, assez âgés, qui ont aussi des problèmes cardiaques et qui, pour leur réadaptation après l'opération, vont prendre plus de temps et, donc, être moins bien couverts par les tarifs.

*Le commissaire comprend très bien cela. Il comprend également que personne ne remet en question ce décalage entre les coûts des hôpitaux universitaires et la tarification, et M. Levrat explique que c'est remis en question de manière forte chaque année. De manière typiquement helvétique, la société anonyme SwissDRG S.A. dit qu'elle fait beaucoup d'efforts et a augmenté le taux de couverture de 91% à 92% sur les trois dernières années en réajustant un certain nombre de choses. Cela étant, on connaît tous la solution, parce que le modèle DRG est appliqué depuis une dizaine d'années en Allemagne. Il faudrait développer un catalogue de tarifs spécifiques qui correspondent aux spécificités des hôpitaux universitaires et l'appliquer pour être payé par les assureurs-maladie. Il se trouve que, au sein du conseil d'administration de SwissDRG S.A. figurent les assureurs-maladie qui, évidemment, ne sont pas très enthousiastes à cette idée. Du coup, dans un système très helvétique, la charge revient aux cantons.*

*Ensuite, le commissaire constate que l'exposé des motifs parle de l'évolution des coûts de la santé à Genève qui se situent dans la moyenne basse par rapport au reste de la Suisse. Il demande à quoi est attribuée cette évolution plus basse que la moyenne à Genève.*

M. Levrat répond que c'est lié à la bonne gestion de l'hôpital public, mais ce n'est pas la seule raison. En fait, on voit qu'il y a moins d'hospitalisations sur Genève. Par rapport à l'évolution des coûts, on a été très attentif dans la gestion des dépenses et dans l'évolution des coûts hospitaliers notamment. M. Levrat pense que les HUG ont vraiment été attentifs, en termes de progression du personnel, d'adéquation des moyens alloués, etc., à faire attention de ne pas faire exploser les coûts. Ensuite, en fonction des cantons,

certaines structures de soins ont des paramètres qui peuvent faire tellement varier ces éléments (en fonction de la quantité de soins à domicile, du nombre de gens en EMS, du nombre de personnes hospitalisées, etc.) que le système est difficile à comparer. De manière générale, à Genève, quand on l'analyse au niveau national, les coûts des prestations, si on fait abstraction du salaire des individus, la progression des coûts, notamment des coûts hospitaliers, a été plutôt raisonnable par rapport au reste de la Suisse.

*Le commissaire note qu'il y a eu la volonté de pérenniser 200 intérimaires sur le millier d'intérimaires qui travaillent annuellement aux HUG* et M. Levrat explique que l'opération qu'ils ont essayé de mener était de dire que, finalement, en termes de coûts financiers, ils payaient des intérimaires et avaient des gens qui étaient bien formés. Finalement, ces gens qui travaillaient, pour certains, depuis trois à cinq ans pour les HUG, ils voulaient les pérenniser par des contrats à durée indéterminée et les mettre sur la dotation de base. C'est une opération que les HUG ont menée en parallèle et après le COVID-19. La liste des 200 était figée dans le temps, mais les HUG sont en train d'y arriver progressivement aujourd'hui.

Quant à savoir si les HUG ne pensent pas qu'il faudrait aller au-delà de ces 200, M. Levrat indique que la difficulté est qu'on est en permanence dans des vases communicants. Ce soir, si 3 infirmières sont en quarantaine et qu'il y a besoin de faire tourner le service, les HUG vont avoir recours à un intérimaire s'ils n'arrivent pas à les remplacer par les gens présents dans le service ou par un pool de remplaçants qui a été mis en place. En fonction du taux d'absence maladie et des postes qu'il y a aujourd'hui pour le COVID-19, qui ont été mis dans les remplacements là où il y a besoin pour ne pas avoir besoin d'intérimaires, on est dans des vases communicants qui font en sorte que ce que l'on constate, avec la régularisation des intérimaires, c'est qu'on a eu moins de consommation en francs des intérimaires. Tout ceci est toutefois susceptible de bouger. Si on a un énorme taux de malade du COVID-19 dans les deux mois à venir et qu'il y a 20% d'absents, M. Levrat sera obligé d'engager des intérimaires de manière importante pour pouvoir faire tourner l'hôpital. M. Levrat est obligé de répondre de manière nuancée parce qu'il n'y a pas une réponse figée par rapport à ce sujet.

*A la suite de quoi, le commissaire note que M. Levrat n'a pas vraiment répondu à sa question et il demande si les auditionnés pensent que les 800 autres intérimaires sont liés à des fluctuations en fonction de la conjoncture ou s'ils pensent qu'il serait utile d'aller un peu plus loin.*

M. Levrat a de la peine à répondre de manière déterminée. Il espère que c'est suffisant. L'évolution des postes et de la consommation des intérimaires dépend essentiellement des absences maladie. Si on arrive à garder les gens

en emploi, à éviter qu'ils soient malades, à avoir une politique dynamique de réinsertion, etc., cela aura une influence. Même si celle-ci est de 1%, sur 12 000 personnes, c'est tout de suite beaucoup de monde. Cela a ainsi cette influence sur les intérimaires. M. Levrat n'arrive pas à répondre avec des certitudes, parce qu'il gère une entreprise avec beaucoup de facteurs complexes sur la gestion des ressources humaines.

*Le commissaire pense que l'inverse peut aussi être vrai et que peut-être qu'une dotation en personnel légèrement supérieure peut avoir un effet sur les absences maladie, et M. Levrat est d'accord. Il indique que c'est cela aussi le but d'avoir régularisé. Quant à la question de savoir si 200 était suffisant, il espère que c'est le cas. C'est pour cela qu'il a proposé 200. Cela étant, il ne peut pas répondre de manière définitive sur cette question.*

*Ensuite, le commissaire voit une augmentation des subventions de l'Etat d'une année à l'autre qui varie finalement assez peu, en tout cas moins que les 1,6% supplémentaires de soins intensifs annuels. L'évolution des coûts salariaux, notamment, ne bouge pas d'un centime d'une année à l'autre.*

M. Levrat explique qu'il figure quelque part qu'ils seront intégrés au fur et à mesure des budgets votés par le Grand Conseil et le commissaire comprend qu'ils ne figurent pas dans ce document, mais qu'ils seront intégrés au fur et à mesure. M. Levrat confirme que c'est l'idée. Cela étant, il n'arrive pas à retrouver l'endroit où c'est indiqué. Ce qui est confirmé par M. Béguet.

*Un commissaire (PLR) a vu, concernant les rentes-pont AVS, qu'il y a eu 265 départs et que les députés étaient plus nombreux que prévu. Il demande si cela s'est stabilisé ou s'il y aura encore des départs supplémentaires. Ensuite, il constate qu'il y a une augmentation des frais pour litiges avec le personnel. Il aimerait savoir quel est le taux de syndicalisation aux HUG.*

M. Levrat répond que, d'après les projections, cela devrait se stabiliser, sauf en cas de message exogène qui viendrait de la CPEG ou de l'Etat. Par exemple, si on annonce que la retraite sera à 70 ans si on ne la prend pas dans les 24 mois, il est possible que ce chiffre parte à la hausse. S'agissant des frais pour litiges, M. Levrat ne sait pas quel est ce taux. Les syndicats disent que, si on veut obtenir le taux exact, il faut passer par une instance de médiation à laquelle ils donneront les taux. M. Levrat ne les a pas en tant que tels. Cela étant, M. Levrat ne pense pas que le taux de syndicalisés, qui paient formellement une cotisation chaque mois, soit élevé. Après, il est important d'entendre les syndicats parce que, dans une entreprise aussi importante, il est évident qu'on n'a pas toujours la science infuse et qu'il est nécessaire d'avoir aussi des revendications qui viennent du côté syndical. M. Levrat rappelle qu'il y a, aujourd'hui, 6 partenaires sociaux différents. Ce samedi,

une manifestation est annoncée par un nouveau syndicat « Avenir syndical » à qui il faudra trois ans d'existence pour être reconnu comme membre du Cartel intersyndical. La direction des HUG considère que, aujourd'hui, les sujets que veut aborder cette association sont des sujets qu'on aborde déjà avec les 6 représentations du personnel qu'il y a. Il n'y a pas besoin d'une 7<sup>e</sup> représentation pour discuter de ces sujets.

*A la suite de quoi, le commissaire indique que, d'un point de vue patronal, on voit souvent que, s'il y a des litiges, quand il y a plus de syndicats, on essaie de faire monter la pression pour avoir des résultats plus probants entre les syndicats. La raison de sa question était de savoir si, vraiment, il y avait un surenchérissement de la demande qui donnait lieu à plus de plaintes et s'il y avait donc plus de pression par un problème syndical ou s'il y a vraiment un problème interne avec tous les collaborateurs non syndiqués.*

M. Levrat estime que la dualité qu'il y a en étant tenu par les règles de la B 5 05, c'est typiquement des questions comme le projet SCORE de sorte que les mouvements syndicaux peuvent parfois être visibles à l'hôpital, mais concerner des acteurs qui ont les clés ailleurs qu'aux HUG. Un certain nombre de sujets touchent les HUG dans leur autonomie de gestion (l'organisation des blocs opératoires est le sujet du jour puisqu'ils essaient d'harmoniser les horaires, mais que cela coïncide), mais ce n'est pas le taux des gens syndiqués qui est susceptible d'augmenter ou de diminuer les litiges aujourd'hui avec les collaborateurs. En revanche, on a un certain nombre de collaboratrices et collaborateurs qui viennent avec leur avocat dès le premier entretien avec un cadre, ce qui est quand même un phénomène de société un peu nouveau que l'on constate aujourd'hui.

*Ensuite, le commissaire indique qu'il a des questions sur les structures de psychiatrie. Il constate qu'il y a une hausse importante de cas psychiatriques. Concernant l'avenir, dans les structures avec des personnes trisomiques, on voit qu'il y a une accélération du vieillissement de la population. Il imagine que ces données sont intégrées dans une réflexion à long terme. Quand on voit le vieillissement général de la population et les problématiques cognitives (Alzheimer et autres), il aimerait savoir si c'est vraiment intégré dans ces coûts statiques ou si ces coûts sont un one-shot pour pallier le problème du code de procédure pénale et que, à long terme, il faudra investir dans d'autres structures. Il a lu que deux ou trois antennes sont en perspective et il imagine que cela va être des coûts importants. Il précise que sa question est liée au projet de loi qui est en commission des travaux.*

M. Perrier indique que, dans les rapports de planification cantonale sur le plan sanitaire, on voit qu'il y a eu une forte réflexion en psychiatrie, qu'il



soutient, sur une psychiatrie plus communautaire qui sort de l'hôpital, qui est de plus en plus ambulatoire et de moins en moins stationnaire. Si on ne tirait que des courbes avec l'augmentation de la prévalence de certaines maladies mentales avec l'augmentation de la population, on pourrait faire gonfler Belle-Idée durant 15 à 20 ans. Il se trouve que, dans les rapports de planification, on a calculé que l'on va avoir besoin de très peu de lits supplémentaires, parce que tous les moyens vont être mis dans la communauté pour éviter d'hospitaliser des gens. M. Perrier pense que c'est vraiment une évolution extrêmement positive.

Pour le vieillissement de la population, on est à un moment difficile. D'abord, on est au moment où les baby-boomers atteignent l'âge gériatrique. On est aussi à un moment qui n'est pas complètement décourageant, même si cela ne va rien changer pour la planification à trois ans. Il faut savoir que le nombre de nouveaux cas par année de maladie de type Alzheimer est en train de diminuer et, pourtant, la prévalence, c'est-à-dire le nombre de personnes atteintes d'Alzheimer dans une société comme la nôtre, augmente. Cela vient du fait qu'ils vivent plus longtemps parce qu'on les soigne mieux. On est ainsi à un moment où l'on a plutôt une augmentation alors que, en fait, le nombre de nouveaux cas diminue. Le nombre de nouveaux cas diminue parce qu'un des grands acquis de l'épidémiologie de ces 15 dernières années pour ce type de maladies, c'est qu'on a découvert que les mêmes facteurs de risques que pour les maladies cardiovasculaires, pour les accidents vasculaires cérébraux et pour les attaques cérébrales s'appliquent aussi pour Alzheimer. Si on fume moins, si on a moins de diabète ou qu'il est mieux soigné, si on a moins d'hypertension, si on a moins d'obésité, on a aussi moins d'Alzheimer. Ainsi, l'avenir est probablement un peu moins sombre qu'il n'y paraît, mais pour que ces deux lignes se croisent et que l'on ait une diminution du nombre de personnes atteintes de ce type de maladie dans nos sociétés, il va probablement falloir encore dix à quinze ans.

*Enfin, le commissaire relève qu'au niveau des investissements, la commission des travaux a bouclé le crédit du CMU. Il n'a rien vu concernant l'animalerie dans le contrat de prestations.*

M. Levrat indique tout d'abord qu'ils sont en train de mettre une touche finale à l'ensemble des investissements nécessaires pour les HUG dans les 15 ans à venir. Il est vrai qu'un certain nombre de bâtiments des HUG sont passablement vétustes. On peut penser à Beau-Séjour, à Belle-Idée ou à l'Hôpital des Trois-Chêne. Même sur le site de Cluse-Roseraie, il y a encore des endroits où l'on doit sortir de sa chambre pour aller aux toilettes qui sont de l'autre côté du corridor. Il y a aussi des lieux comme Beau-Séjour où il fait 38 à 40 degrés dans les chambres d'hospitalisation en été et 17 à 18 degrés en

hiver. C'est une honte pour M. Levrat. Il y a ainsi des investissements importants qui vont arriver sur les HUG. Concernant l'animalerie, c'est quelque chose qui dépend de la recherche fondamentale et du CMU et non des HUG.

*Un commissaire (MCG) a une question sur les intérimaires pérennisés. Il aimerait savoir s'ils sont soumis à la directive de préférence cantonale pour leur titularisation.*

M. Levrat confirme que c'est le cas. Il faut savoir que, sur le marché de l'emploi pour une infirmière ou un infirmier, les HUG recrutent 100% des gens qui sont sur le marché. Une fois que les HUG ont fait cela, ils ont à peine atteint la moitié de leurs besoins. 100% des personnes qui ont un diplôme d'infirmier ou d'infirmière ou d'aide-soignant sur le canton de Genève viennent aux HUG, à l'exception de trois ou quatre qu'ils ont viré eux-mêmes (il y a toujours quelqu'un qui dit connaître quelqu'un qui n'a pas été engagé, mais la plupart du temps c'est qu'il y a eu de gros problèmes, que la personne avait certes le diplôme, mais aussi des problèmes de comportement tels qu'il n'a pas été recruté). Pour le reste, les HUG sont absolument dans cette directive.

Ensuite, M. Levrat aimerait rappeler que les HUG sont l'employeur qui, chaque année, recrute le plus de chômeurs de tout le canton de Genève, mais aussi qui recrute le plus de frontaliers de tout le canton. Ces deux réalités sont vraies et ne sont pas antinomiques. La préférence cantonale est parfaitement appliquée dans le domaine des soins. 100% des soignants disponibles sur le marché de l'emploi n'ont d'abord pas besoin de passer par l'OCE parce que les HUG ont besoin d'eux. Par ailleurs, une fois que les HUG les ont tous recrutés, cela ne suffit pas encore puisque les soignants aux HUG sont pour la majorité d'entre eux non suisses, ce qui ne veut pas dire qu'ils ne travaillent pas aux HUG depuis 20, 25 voire 40 ans pour certains, en étant certes domiciliés en France, mais en contribuant largement à la réputation de l'hôpital universitaire.

*Un commissaire (Ve) a posé plusieurs questions, tout à l'heure, sur le SpitalBenchmark. Il aimerait savoir s'il y a un document spécifique qui existe et que les commissaires pourraient consulter. En page 24 de l'exposé des motifs, il y a des classes de fonction et on parle des HUS 1, HUS 2, HUS 3 et des HUG avec des écarts salariaux. Il souhaite savoir comment on peut comparer ces éléments et les comprendre. Par ailleurs, en page 25, il est question d'indicateurs de prestations en soins, notamment l'un sur les aînés qui restent en soins stationnaires dans les HUG alors qu'ils devraient être en EMS. Il demande si on ne devrait pas investir rapidement dans les EMS pour décharger les HUG et sortir ces aînés qui n'ont rien à faire à l'hôpital et*

*certainement pour des coûts beaucoup plus élevés. Enfin, on a parlé des coefficients tarifaires qui sont à environ 10 650 pour les HUG et 9550 pour les cliniques privées genevoises, selon ce qui a été négocié avec les assureurs. Le département a dit que les HUG seraient plutôt à 12 650. Le commissaire demande quelle est la stratégie pour arriver à terme à ces 12 650 dans les négociations avec les assureurs.*

M. Levrat indique que le canton de Vaud, à un moment donné, dans la négociation des tarifs avec les assureurs-maladie ne voulait absolument pas une hausse des primes d'assurance-maladie, mais souhaitait que ce soit l'impôt qui finance l'hôpital. Il a ainsi négocié des baisses de tarif parce que ce qui n'est pas payé par le tarif est payé par l'impôt. La stratégie n'appartient donc pas aux HUG, mais à une politique cantonale de savoir s'il y a des financements qui passent par l'impôt ou par les primes d'assurance-maladie. Au moins l'impôt a le mérite de la transparence, contrairement aux assureurs-maladie puisque, à Genève, on connaît les chiffres, notamment ceux des HUG, et M. Levrat ne voit aucune corrélation, ces dernières années, entre les hausses de primes et l'évolution des coûts hospitaliers notamment. La réponse sur la dernière question du commissaire dépend un peu de la stratégie qu'abordera le canton ou un collectif de cantons par rapport aux assureurs-maladie. Il est vrai que ce qui a beaucoup coûté aux hôpitaux universitaires à l'époque, parce qu'il y avait une stratégie de tous les hôpitaux universitaires de négocier le même tarif avec les assureurs-maladie, mais certains cantons se sont désolidarisés pour avoir la stratégie de réguler cela autrement.

Concernant les EMS, jusqu'à avant le COVID-19, M. Levrat aurait une réponse plus catégorique. Aujourd'hui, il y a des places qui se sont libérées dans les EMS en raison de décès évidemment non souhaités et le taux d'attente de placement a singulièrement baissé. Il n'empêche qu'un des mécanismes que l'on pourrait actionner avant de penser construire plus d'EMS est de notamment simplifier les processus avec les offices de l'Etat qui donnent ou non des garanties aux EMS pour prendre certains des patients des EMS. A ce niveau, c'est un peu le serpent qui se mord la queue puisque les HUG gardent parfois un certain nombre de personnes que les EMS seraient prêts à prendre à condition qu'il y ait une couverture financière, et celle-ci dépend d'un office de l'Etat qui lui-même doit analyser pendant au moins trois mois la fortune et le patrimoine de la personne. Ces gens passent ainsi cette durée aux HUG. En termes de coûts pour la collectivité, c'est une aberration. Fluidifier et simplifier le système paraît donc important. Quant à savoir si on a assez d'EMS à Genève, en comparaison nationale, Genève est

un des cantons qui a le moins d'EMS par habitant parce qu'il a aussi fait le choix de développer fortement les soins à domicile.

M. Levrat croit que ce débat entre soins à domicile, EMS et hôpitaux reste extrêmement important à tenir. Globalement, si on pouvait avoir un certain nombre de structures intermédiaires dans les années à venir, soit des structures de répit, des structures intermédiaires et/ou des EMS, cela soulagerait l'hôpital qui se trouve parfois, par défaut, l'endroit où l'on envoie les gens parce qu'on n'a pas d'autres solutions, ce qui n'est pas souhaitable pour les patients. Les gens qui sont en attente de placement aux HUG ne devraient pas être là. Ils ne les maltraitent pas, mais les programmes d'animation et de tout ce qui donne vie, c'est plus compliqué à mettre en place dans un hôpital. Du coup, l'hôpital n'est vraiment pas adéquat, non seulement en termes de coûts, mais aussi en termes de sens ; c'est laisser ces gens de manière démesurée à l'hôpital.

Concernant le SpitalBenchmark, M. Levrat va creuser les références et il donnera une réponse à la commission.

*Un commissaire (S) a une question par rapport à l'article 8 sur le contrôle interne. On connaît une inflation de contrôle interne dans les administrations en général et il aimerait savoir combien de personnes les HUG ont engagées, ces 3 dernières années, en lien avec ces fonctions de contrôle interne et combien de personnes ils pensent engager, lors des trois prochaines années du contrat de prestations.*

M. Levrat croit qu'il y a 12 ETP à l'audit interne et il n'est pas prévu d'en engager davantage dans les années à venir. Comme le commissaire (S) le dit avec raison, pour les HUG, il y a l'audit interne, un système de contrôle interne, les services de contrôle de l'Etat, la Cour des comptes, la commission de contrôle de gestion, la commission des finances et les réviseurs aux comptes qui révisent de manière intensive tous les comptes à la fin de chaque année. Il n'est ainsi pas prévu au sein des HUG d'augmenter ce nombre, même si le contrôle et la qualité font partie des choses qui doivent les préoccuper et sur lesquelles ils mettent beaucoup l'accent. M. Levrat plaiderait pour les managers. Le job de M. Levrat est d'être responsable de l'hôpital. Si celui-ci ne fonctionne pas, il trouve tout à fait normal que l'on se tourne vers sa responsabilité de faire ou non un certain nombre de choses. Ce qui chagrine M. Levrat dans la République et canton de Genève aujourd'hui, c'est que, quand les managers, quelle que soit leur profession, s'expriment, ils sont moins écoutés que quand c'est le contrôleur qui n'assume pas de responsabilité de gestion, mais qui est venu regarder si le processus était bien fait et qui, au final, vient dire qu'il manque une signature quelque part. A ce dernier, on donne un porte-voix et une importance trois fois plus grande que

celle des managers. Si les commissaires peuvent continuer à changer cette culture, M. Levrat trouverait cela extrêmement positif parce que cela permet d'assumer les responsabilités différemment.

*Ensuite, le commissaire a vu que le taux de satisfaction, dans l'enquête de satisfaction, était de 97 % en 2018. Il demande comment on explique un tel taux.*

M. Perrier explique que 97 % est le taux de satisfaction global. Si on va dans le détail de certains items, notamment l'information ou la préparation à la sortie, on a des réponses plus nuancées. La satisfaction est au-delà de 70 ou 80 % pour la plupart des items, mais les HUG ont largement de quoi nourrir leurs ambitions d'améliorer encore leur performance à ce sujet.

*A la suite de cette audition, le commissaire EAG souhaitait l'audition des syndicats en indiquant que le directeur des HUG avait lui-même dit qu'il était important d'auditionner les syndicats.*

Le président met aux voix la proposition d'auditionner le SSP, qui **est refusée** par :

7 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 1 MCG), 7 non (2 PDC, 4 PLR, 1 MCG) et 1 abst. (1 UDC)

Sans autres commentaires et demandes d'audition, le président procède aux différents votes.

## VOTES

### *Débat d'entrée en matière*

Soumise aux voix, l'entrée en matière du PL 12722 **est acceptée à l'unanimité** (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 2 MCG).

### *2<sup>e</sup> débat*

Les art. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 et 11 sont **acceptés** sans opposition.

### *Vote d'ensemble*

Soumis au vote d'ensemble, le PL 12722 **est accepté** par :

13 oui (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 PLR, 1 UDC, 2 MCG) et 2 abst. (2 PLR)

## **Conclusion**

Compte tenu des difficultés que traversent les HUG dans un contexte de pandémie, eu égard à l'engagement dont a fait preuve l'ensemble de leur personnel et au vu des explications qui vous ont été exposées dans ce rapport, la commission des finances vous encourage, Mesdames et Messieurs les députés, à réserver un bon accueil à ce projet de loi.

## Projet de loi (12722-A)

### accordant une indemnité annuelle de fonctionnement aux Hôpitaux universitaires de Genève pour les années 2020 à 2023

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

#### Art. 1 Contrat de prestations

<sup>1</sup> Le contrat de prestations conclu entre l'Etat et les Hôpitaux universitaires de Genève est ratifié.

<sup>2</sup> Il est annexé à la présente loi.

#### Art. 2 Indemnité

<sup>1</sup> L'Etat verse aux Hôpitaux universitaires de Genève, sous la forme d'une indemnité monétaire d'exploitation au sens de l'article 2 de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, les montants suivants :

590 612 358 francs en 2020

593 612 358 francs en 2021

594 847 358 francs en 2022

599 697 358 francs en 2023.

Ces montants se déclinent selon les 3 catégories de prestations suivantes :

Année	Indemnité pour les prestations de formation et de recherche clinique	Indemnité pour les prestations relatives aux missions d'intérêt général	Indemnité résiduelle pour politique salariale de l'Etat et sous-couverture par les structures tarifaires
2020	198 809 633 fr.	185 980 484 fr.	205 822 241 fr.
2021	198 809 633 fr.	188 980 484 fr.	205 822 241 fr.
2022	198 809 633 fr.	190 215 484 fr.	205 822 241 fr.
2023	198 809 633 fr.	195 065 484 fr.	205 822 241 fr.

<sup>2</sup> Dans la mesure où l'indemnité n'est accordée qu'à titre conditionnel au sens de l'article 25 de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, son montant fait l'objet d'une clause unilatérale du contrat de prestations. Cette clause peut être modifiée par décision du Conseil d'Etat dans les cas visés par l'article 9, alinéa 2.

<sup>3</sup> Il est accordé, au titre des mécanismes salariaux annuels décidés par le Conseil d'Etat, un complément d'indemnité calculé sur la masse salariale des Hôpitaux universitaires de Genève au prorata d'une part déterminée des revenus sur le total des produits, sous réserve de l'approbation du Grand Conseil. Cette part déterminée correspond aux subventions fixées et non indexées par l'Etat ainsi qu'aux autres revenus sur lesquels les Hôpitaux universitaires de Genève n'ont pas d'influence, notamment les revenus médicaux liés aux patients relevant de l'assurance obligatoire des soins lorsque les tarifs ne sont pas ajustés. Ce ratio est déterminé sur la base des derniers états financiers approuvés ou, en cas de changement important, sur la base du dernier budget élaboré.

<sup>4</sup> L'indexation décidée par le Conseil d'Etat donne également lieu à une augmentation de l'indemnité. Ce montant est calculé sur la masse salariale des Hôpitaux universitaires de Genève au prorata d'une part déterminée des revenus sur le total des produits, sous réserve de l'approbation du Grand Conseil. Cette part déterminée correspond aux subventions fixées et non indexées par l'Etat ainsi qu'aux autres revenus sur lesquels les Hôpitaux universitaires de Genève n'ont pas d'influence, notamment les revenus médicaux liés aux patients relevant de l'assurance obligatoire des soins lorsque les tarifs ne sont pas ajustés. Ce ratio est déterminé sur la base des derniers états financiers approuvés ou, en cas de changement important, sur la base du dernier budget élaboré.

<sup>5</sup> Le contrat de prestations peut faire l'objet d'un avenant soumis au Grand Conseil, notamment dans les cas suivants :

- missions nouvelles demandées par l'Etat;
- modification de la législation sur le personnel de l'Etat de Genève;
- nouvelles politiques cantonale imposant aux Hôpitaux universitaires de Genève des charges imprévues.

### **Art. 3 Indemnité non monétaire**

<sup>1</sup> L'Etat met des immeubles à disposition des Hôpitaux universitaires de Genève, sans contrepartie financière ou à des conditions préférentielles.

<sup>2</sup> Cette indemnité non monétaire est valorisée à 49 640 337 francs par année et figure en annexe aux états financiers de l'Etat et des Hôpitaux universitaires de Genève. Ce montant peut être réévalué chaque année.



#### **Art. 4 Programme**

L'indemnité monétaire d'exploitation est inscrite au budget annuel de l'Etat voté par le Grand Conseil sous le programme K01 « Réseau de soins et actions en faveur des personnes âgées » et sous les rubriques budgétaires suivantes :

- 04303120 363400 projet S180740000 pour l'indemnité de financement de la formation et de l'enseignement;
- 04303120 363400 projet S180730000 pour l'indemnité de financement des prestations d'intérêt général;
- 04303120 363400 projet S180735000 pour l'indemnité résiduelle pour politique salariale de l'Etat et sous-couverture par les structures tarifaires.

#### **Art. 5 Durée**

Le versement de l'indemnité monétaire d'exploitation prend fin à l'échéance de l'exercice comptable 2023. L'article 9 est réservé.

#### **Art. 6 But**

Cette indemnité monétaire d'exploitation doit permettre le financement de l'ensemble des prestations qui font l'objet du contrat de prestations. Le financement des prestations stationnaires hospitalières au sens des articles 49 et 49a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994, fait l'objet d'un financement distinct à la prestation.

#### **Art. 7 Prestations**

L'énumération, la description et les conditions de modifications éventuelles des prestations figurent dans le contrat de droit public.

#### **Art. 8 Contrôle interne**

<sup>1</sup> Les Hôpitaux universitaires de Genève doivent respecter les principes relatifs au contrôle interne prévus par la loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat, du 4 octobre 2013.

<sup>2</sup> Les Hôpitaux universitaires de Genève doivent mettre en œuvre un système de contrôle interne conforme aux normes et principes édictés dans le manuel du contrôle interne de l'Etat.

**Art. 9 Relation avec le vote du budget**

<sup>1</sup> L'indemnité n'est accordée qu'à la condition et dans la mesure de l'autorisation de dépense octroyée par le Grand Conseil au Conseil d'Etat dans le cadre du vote du budget annuel.

<sup>2</sup> Si l'autorisation de dépense n'est pas octroyée ou qu'elle ne l'est que partiellement, le Conseil d'Etat doit adapter en conséquence le montant de l'indemnité accordée, conformément à l'article 2, alinéa 2.

**Art. 10 Contrôle périodique**

Un contrôle périodique de l'accomplissement des tâches par le bénéficiaire de l'indemnité est effectué, conformément à l'article 22 de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, par le département de la sécurité, de l'emploi et de la santé.

**Art. 11 Lois applicables**

La présente loi est soumise aux dispositions de la loi sur les indemnités et les aides financières, du 15 décembre 2005, aux dispositions de la loi sur la gestion administrative et financière de l'Etat, du 4 octobre 2013, ainsi qu'aux dispositions de la loi sur la surveillance de l'Etat, du 13 mars 2014.



## Contrat de prestations 2020-2023

entre

- **La République et canton de Genève (l'État de Genève)**

représentée par

Monsieur Mauro POGGIA, conseiller d'État chargé du département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (le département),

d'une part

et

- **Les Hôpitaux Universitaires de Genève**

ci-après désignés **HUG**

représentés par

Monsieur François CANONICA, Président du Conseil d'administration et

Monsieur Bertrand LEVRAT, Directeur général

d'autre part

## TITRE I - Préambule

### *Introduction*

1. Conformément à la loi sur les indemnités et les aides financières (LIAF), du 15 décembre 2005, le Conseil d'État de la République et canton de Genève, par voie du département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (le département), entend mettre en place des processus de collaboration dynamiques, dont les contrats de prestations sont les garants. Le présent contrat de prestations est établi conformément aux articles 11 et 21 de la LIAF.

### *Nouveau périmètre couvert par le contrat de prestations*

2. L'arrêt du 16 janvier 2019 (C517/2015) opposant La Tour Hôpital privé SA à l'Etat de Genève implique une modification de la méthode employée pour financer les besoins en soins hospitaliers répondant aux prescriptions des articles 39 al.1 let e de la loi fédérale sur l'assurance maladie du 18 mars 1994 (LAMal) et de l'article 58e de son ordonnance d'application du 27 juin 1995 (OAMal). Le cofinancement actuel, fondé sur des budgets fixés d'avance par établissement, est contraire au principe du financement à la prestation prévue par la LAMal. Il faut donc instaurer un budget global géré par le département à la manière d'une ligne de crédit qui permette le financement à la prestation dans tous les établissements de soins stationnaires, y compris extra-cantonaux inscrits sur la liste hospitalière. Ce financement sort du champ d'application de la LIAF.

En conséquence, le présent contrat de prestations se limite au financement des prestations d'intérêt général, de formation et de recherche. Il est complété par un mandat de prestations hors LIAF destiné à couvrir le financement des soins stationnaires à la prestation élaboré en réponse à un appel d'offres ouvert à tous les hôpitaux répondant aux prescriptions de l'article 39 al.1 let. e LAMal.

### *But des contrats*

3. Les contrats de prestations ont pour but de :

- déterminer les objectifs visés par l'indemnité;
- préciser le montant et l'affectation de l'indemnité consentie par l'État ainsi que le nombre et l'échéance des versements;
- définir les prestations offertes par les HUG ainsi que les conditions de modification éventuelles de celles-ci;
- fixer les obligations contractuelles et les indicateurs de performance relatifs aux prestations.

### *Principe de proportionnalité*

4. Les parties tiennent compte du principe de proportionnalité dans l'élaboration du contrat en appréciant notamment :

- le niveau de financement de l'État par rapport aux différentes sources de financement des HUG;
- l'importance de l'indemnité octroyée par l'État;
- les relations avec les autres instances publiques.

*Principe de bonne foi* 5. Les parties s'engagent à appliquer et à respecter le présent contrat et les accords qui en découlent avec rigueur et selon le principe de la bonne foi.

## TITRE II - Dispositions générales

### Article 1

#### *Bases légales et réglementaires conventionnelles*

Les bases légales, réglementaires et conventionnelles relatives au présent contrat de prestations sont :

- la loi sur la gestion administrative et financière de l'État (LGAF), du 4 octobre 2013 (D 1 05);
- la loi sur la surveillance de l'État (LSurv), du 13 mars 2014 (D 1 09);
- la loi sur les indemnités et les aides financières (LIAF), du 15 décembre 2005 (D 1 11);
- le règlement d'application de la loi sur les indemnités et les aides financières (RIAF), du 20 juin 2012 (D 1 11 01);
- la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), du 18 mars 1994 (RS 832.10);
- l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), du 27 juin 1995 (RS 832.102);
- la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal), du 29 mai 1997 (J 3 05);
- la loi sur les établissements publics médicaux (LEPM), du 19 septembre 1980 (K 2 05);
- la Constitution de la République et canton de Genève (Cst-GE), du 14 octobre 2012 (A 2 00);
- la loi générale relative au personnel de l'administration cantonale, du pouvoir judiciaire et des établissements publics médicaux (LPAC), du 4 décembre 1997 (B 5 05) et son règlement d'application (RPAC), du 24 février 1999 (B 5 05.01);
- la loi concernant le traitement et les diverses prestations alloués aux membres du personnel de l'Etat, du pouvoir judiciaire et des établissements hospitaliers (LTrait), du 21 décembre 1973 (B 5 15) et son règlement d'application (RTrait), du 17 octobre 1979 (B 5 15.01).

Dans le cadre de ce contrat de prestations, les HUG concluent des conventions de collaboration en particulier :

- avec l'Université de Genève, et pour elle la faculté de médecine, dans le domaine de la formation et de la recherche;
- avec les partenaires identifiés faisant partie du réseau de soins genevois, ainsi que des partenaires externes, tant suisses qu'étrangers.

La liste des conventions adoptées par le Conseil d'administration des HUG est transmise au Conseil d'Etat une fois par année.

- 4 -

*Plan stratégique des  
HUG*

Le contrat de prestations tient compte également du plan Vision 20/20, plan stratégique 2015-2020 des HUG approuvé par le Conseil d'administration (annexe 5). Les HUG prennent les mesures ad hoc afin d'atteindre les objectifs fixés dans ce plan.

## Article 2

*Cadre du contrat*

Le présent contrat s'inscrit dans le cadre du programme K01 réseau de soins et actions en faveur des personnes âgées et des prestations suivantes :

- a) formation hospitalo-universitaire et recherche clinique;
- b) prestations hospitalières d'intérêt général.

Les prestations hospitalières de soins au sens des articles 49 et 49a LAMal sont financées à la prestation et ne sont pas couvertes par le présent contrat de prestations. Néanmoins, le financement à la prestation ne permet pas de couvrir l'intégralité des coûts réels insuffisamment pris en compte par les structures tarifaires nationales. De plus, les HUG sont tenus de respecter la politique salariale de l'Etat qui présente également des coûts supplémentaires non couverts par les tarifs. Ces deux effets cumulés génèrent un déficit de couverture des HUG qui doit être financé en complément du financement à la prestation, ce qui constitue une indemnité résiduelle d'intérêt général.

## Article 3

*Bénéficiaire*

Les HUG sont, en vertu de l'article 5, alinéa 1 LEPM, un établissement de droit public doté de la personnalité juridique. Ils constituent un établissement public médical à vocation hospitalière et hospitalo-universitaire. Les HUG accueillent et soignent toute personne ayant besoin d'une prise en charge médicale et de soins que son état requiert.

### Titre III - Engagement des parties

#### Article 4

*Périmètre du contrat* Le contrat prévoit que la direction des HUG répartit entre tous les lieux de soins et les unités d'exploitation les ressources correspondant aux prestations fixées par le présent contrat, à l'exclusion des prestations hospitalières de soins au sens de l'article 58e OAMal qui font l'objet d'un mandat séparé. Cette répartition est adoptée par le Conseil d'administration.

*Généralités* Dans le cadre du présent contrat, les engagements des HUG portent sur les prestations fournies, sur la performance en termes de qualité et de coûts, sur l'atteinte des objectifs fixés, sur l'utilisation des ressources et sur l'avancement du plan stratégique des HUG 2015-2020 et suivant.

Les HUG collaborent au sein du réseau avec les autres institutions et organisations déterminantes dans le domaine de la santé et du social, ainsi qu'avec les communes et le canton.

Dans ce cadre, les HUG ont adhéré le 27 juin 2014 à la charte de collaboration des partenaires du réseau de soins (annexe 8).

Les HUG favorisent le développement de projets communs aux entités du réseau visant l'efficacité du réseau et la coordination des prestations ainsi que des projets pilotes relatifs aux programmes cantonaux, notamment de prévention et de promotion de la santé. Leur financement est notamment réglé par l'article 15 et le cadre de fonctionnement est précisé à l'annexe 9.

#### Article 5

*Prestations attendues du bénéficiaire*

1. Les HUG s'engagent dans le cadre de ce contrat à fournir des prestations :
  - de formation pré-graduée et post-graduée et de recherche clinique;
  - de missions d'intérêt général.
2. Les prestations de formation pré-graduée, post-graduée des médecins, et de recherche clinique concernent l'ensemble des prestations inhérentes à la mission des HUG au sens de son statut de centre de formation universitaire pour les professions médicales et paramédicales et de centre de formation continue pour les professions paramédicales.
3. Les prestations de missions d'intérêt général sont celles que l'Etat de Genève confie aux HUG et qui sortent du

- 6 -

cadre des prestations inhérentes à la mission des HUG au sens des assurances sociales, y compris les prestations relevant de la médecine humanitaire. Le détail des missions d'intérêt général figure dans l'annexe 1.

Il s'agit également de couvrir, par les prestations d'intérêt général, la politique salariale de l'Etat de Genève et autres disparités régionales (effet CPEG par exemple), ainsi que la sous-couverture liées à l'inadéquation des structures tarifaires qui ne couvrent pas les coûts réels des hôpitaux universitaires.

4. Les prestations inattendues et non prévisibles ou présentant un caractère extraordinaire exigées par un problème de santé publique ou une catastrophe (exemple : pandémie, accident majeur) font l'objet d'un financement ponctuel.
5. Des prestations relevant d'un programme de santé publique défini par le département de la sécurité, de l'emploi et de la santé, peuvent être confiées aux HUG dans le cadre de conventions particulières et selon un financement ponctuel.
6. Les HUG s'engagent à respecter la répartition fédérale de la médecine de pointe. Ils s'engagent à fournir pour toutes les personnes domiciliées en Suisse les prestations de pointe que la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée leur aurait attribuées.
7. Le financement hospitalier des soins au sens des articles 49 et 49a LAMal fait l'objet d'un financement distinct à la prestation.
8. Dans le cadre de la délivrance des prestations, les HUG participent à l'amélioration de l'efficacité et de la qualité du réseau de soins genevois en développant des collaborations avec les autres prestataires de soins. Dans cette perspective, ils respectent notamment les standards nationaux de cybersanté en ce qui concerne l'échange électronique des informations médicales.
9. En cas de grève ou de débrayage, les HUG doivent garantir un service minimum et des prestations de soins requises de sécurité et de qualité à la population.
10. L'Etat est en droit de prendre toute mesure en vue d'assurer le service minimum.

#### *Service minimum*

### **Article 6**

#### *Engagements financiers de l'Etat*

1. L'Etat de Genève, par l'intermédiaire du département, s'engage à verser aux HUG une indemnité, sous réserve de l'accord du Grand Conseil dans le cadre de l'approbation annuelle du budget. Cette indemnité recouvre tous les éléments de charge en lien avec l'exécution de la (des) prestation (s) prévue(s) par le présent contrat.
2. L'indemnité n'est accordée qu'à titre conditionnel



- 7 -

(article 25 LIAF). Les montants peuvent être modifiés par décision du Conseil d'État si, dans le cadre du vote du budget annuel, l'autorisation de dépense n'est pas octroyée ou ne l'est que partiellement.

Elle ne couvre pas la part cantonale du financement des soins stationnaires selon l'article 49 a LAMal.

3. Les montants engagés sur quatre ans sont les suivants :

Année 2020	:	590 612 358 francs
Année 2021	:	593 612 358 francs
Année 2022	:	594 847 358 francs
Année 2023	:	599 697 358 francs

Année/ Frs	Indemnité pour les prestations de formation et de recherche clinique	Indemnité pour les prestations relatives aux missions d'intérêt général	Indemnité résiduelle pour politique salariale de l'Etat et sous-couverture par les structures tarifaires
2020	198 809 633	185 980 484	205 822 241
2021	198 809 633	188 980 484	205 822 241
2022	198 809 633	190 215 484	205 822 241
2023	198 809 633	195 065 484	205 822 241

Les indemnités non monétaires sont de 49 640 337 francs.

4. Il est accordé, au titre des mécanismes salariaux annuels décidés par le Conseil d'Etat, un complément d'indemnité calculé sur la masse salariale des HUG au prorata d'une part déterminée des revenus sur le total des produits, sous réserve de l'approbation du Grand Conseil. Cette part déterminée correspond aux subventions fixées et non indexées par l'Etat ainsi qu'aux autres revenus sur lesquels les HUG n'ont pas d'influence, notamment les revenus médicaux liés aux patients relevant de l'assurance obligatoire des soins lorsque les tarifs ne sont pas ajustés. Ce ratio est déterminé sur la base des derniers états financiers approuvés ou, en cas de changement important, sur la base du dernier budget élaboré.
5. L'indexation décidée par le Conseil d'État donne également lieu à une augmentation de l'indemnité calculée sur les mêmes bases qu'à l'alinéa 4 du présent article.
6. Il est accordé, au titre des variations de l'indemnité résiduelle, par le Conseil d'Etat, un complément d'indemnité calculé sur la base de l'évolution des grilles salariales de l'Etat et du taux de couverture théorique découlant de l'évolution des structures tarifaires.
7. Le versement des montants ci-dessus n'intervient que lorsque la loi de ratification est exécutoire.
8. Le présent contrat de prestations peut faire l'objet d'un avenant soumis au Grand Conseil, notamment dans les cas suivants :
  - prestations nouvelles demandées par l'Etat;

- 8 -

- modification de la législation sur le personnel de l'Etat de Genève;
  - nouvelles politiques cantonale imposant aux HUG des charges imprévues.
9. L'Etat de Genève, par l'intermédiaire du département de la sécurité, de l'emploi et de la santé, s'engage à soutenir les HUG en tant que:
- centre de soins de haute qualité pour l'ensemble des prestations délivrées;
  - pôle de développement de nouvelles technologies biomédicales;
  - lieu de formation des professions de la santé de haut niveau (ces trois éléments étant complémentaires les uns des autres), en maintenant, notamment, un niveau adéquat de ressources humaines et financières nécessaires à l'accomplissement de ces tâches.

### Article 7

#### *Plan financier pluriannuel*

Un plan financier quadriennal (PFQ) pour l'ensemble des activités/prestations des HUG figure à l'annexe 3. Ce document fait ressortir avec clarté l'intégralité des sources de financement espérées, qu'elles soient publiques ou privées, ainsi que la totalité des dépenses prévisibles par type d'activités/prestations. Les HUG tiennent une comptabilité analytique au format Itar-k répondant à la certification Rekole® permettant de reproduire intégralement l'activité des HUG en fonction des différentes structures tarifaires et permettant d'isoler les prestations financées dans le présent contrat.

Les HUG remettent au département de la sécurité, de l'emploi et de la santé un budget de fonctionnement ainsi qu'un plan financier quadriennal faisant partie intégrante du contrat. Annuellement, les HUG remettent au département une actualisation de leur budget et de leur PFQ.

### Article 8

#### *Rythme de versement de l'indemnité*

1. L'indemnité est versée chaque année selon les modalités fixées dans la convention d'adhésion à la caisse centralisée.
2. En cas de refus du budget annuel par le Grand Conseil, les paiements sont effectués selon le principe des douzièmes provisoires, conformément à l'article 42 de la LGAF.

### Article 9

#### *Conditions de travail*

1. Les HUG sont tenus d'observer les lois, règlements et

- 9 -

les conventions collectives applicables en matière notamment de salaire, d'horaire de travail, d'assurance et de prestations sociales.

2. Les HUG tiennent à disposition du département leur organigramme, le cahier des charges du personnel ainsi qu'une description de leurs conditions salariales et de travail, conformément à l'article 12 de la LIAF.

#### Article 10

*Développement durable* Les HUG s'engagent à ce que les objectifs qu'ils poursuivent et les actions qu'ils entreprennent s'inscrivent dans une perspective de développement durable, conformément à la loi sur l'action publique en vue du développement durable (Agenda 21) (LDD), du 12 mai 2016 (A 2 60).

#### Article 11

*Système de contrôle interne* Les HUG doivent mettre en œuvre un système de contrôle interne conforme aux normes et principes édictés dans le manuel du contrôle interne de l'État.

#### Article 12

*Suivi des recommandations du service d'audit interne de l'Etat* Les HUG s'engagent à respecter les recommandations figurant dans les rapports du service d'audit interne de l'État et à mettre en œuvre dans le délai indiqué par le département de tutelle les mesures correctrices qui ne sont pas contestées ou qui ont fait l'objet d'une décision au sens de l'article 17 de la LSurv.

#### Article 13

*Reddition des comptes et rapports* Les HUG, en fin d'exercice comptable, mais au plus tard 3 mois après la date de clôture du dernier exercice, fournissent au département de la sécurité, de l'emploi et de la santé :

- leurs états financiers établis et révisés conformément aux normes IPSAS avec dérogations édictées par le Conseil d'Etat, sous réserve de la conformité aux normes REKOLE®;
- les rapports de l'organe de révision (rapport et rapport détaillé);
- un rapport d'exécution du contrat reprenant les objectifs et les indicateurs figurant dans le tableau de bord;
- leur rapport d'activité;

- 10 -

- le procès-verbal de l'organe approuvant les comptes.

Dans ce cadre, l'entité s'engage à respecter le règlement et les directives qui lui sont applicables, notamment :

- règlement d'application de la loi sur les indemnités et les aides financières (RIAF), du 20 juin 2012;
- règlement sur l'établissement des états financiers (REEF), du 6 novembre 2013;
- directive transversale de l'État EGE-02-04 relative à : Présentation et à la révision des états financiers des entités subventionnées;
- directive transversale de l'État EGE-02-07 relative au : Traitement des bénéfices et des pertes des entités subventionnées;
- directives du département de la sécurité, de l'emploi et de la santé.

#### Article 14

##### *Traitement des bénéfices et des pertes*

1. Au terme de l'exercice comptable, pour autant que les prestations financées aient été fournies conformément au contrat, le résultat net annuel est réparti entre l'Etat de Genève et les HUG selon la clé figurant à l'alinéa 4 du présent article.
2. Une créance reflétant la part restituable à l'Etat est constituée dans les fonds étrangers des HUG. Elle s'intitule « Part du résultat à restituer à l'Etat ». La part conservée par les HUG est comptabilisée dans un compte de réserve spécifique intitulé « Part du résultat à conserver » figurant dans ses fonds propres.
3. Pendant la durée du contrat, les éventuelles pertes annuelles sont également réparties selon la clé figurant à l'alinéa 4 du présent article et sont déduites de la créance jusqu'à concurrence du solde disponible et du compte de réserve spécifique.
4. Les HUG conservent 75% de ce résultat annuel calculé selon l'alinéa 1. Le solde de 25% appartient à l'Etat.  
Les HUG et l'Etat affectent chacun 5% du résultat net cumulé pour financer les projets communs au réseau.
5. A l'échéance du contrat, les HUG conservent définitivement l'éventuel solde du compte de la réserve « part de résultat à conserver », tandis que l'éventuel solde de la créance est restituée à l'Etat, sous réserve de la part constituant le fonds cité supra.
6. En vertu de la couverture de déficit prévue par la Cst-GE, l'Etat couvre les éventuelles pertes des HUG à l'échéance du contrat si ces pertes excèdent les réserves constituées selon le chiffre 2 ci-dessus.

**Article 15***Bénéficiaire direct*

Conformément à l'article 14 al. 3 de la LIAF, les HUG s'engagent à être le bénéficiaire direct de l'indemnité. Ils ne procéderont à aucune redistribution sous forme de subvention à des organismes tiers sans accord préalable du département de la sécurité, de l'emploi et de la santé.

**Article 16***Communication*

1. Les publications et campagnes d'information visées ci-dessous, propres aux HUG auprès du public ou des médias et en relation avec les prestations définies à l'article 5, doivent faire mention de la République et canton de Genève en tant que subventionneur.

Sont visés :

- le rapport annuel d'activités;
- les faits marquants et les chiffres clés de l'institution;
- les documents relatifs aux nouveaux développements d'activités et au plan stratégique.

2. Le département aura été tenu informé des plans de communication annuels des HUG.

**Titre IV - Suivi et évaluation du contrat****Article 17***Objectifs, indicateurs, tableau de bord*

1. Les prestations définies à l'article 5 du présent contrat sont évaluées par le biais d'objectifs et d'indicateurs.
2. Ces indicateurs mesurent le nombre de prestations rendues, leur qualité (satisfaction des destinataires), leur efficacité (impact sur le public-cible) ou leur efficience (amélioration de la productivité).
3. Dans le respect du principe de proportionnalité, les indicateurs définis sont utiles, facilement mesurables et établis en lien avec la pratique de terrain.
4. Le tableau de bord, établissant la synthèse des objectifs et indicateurs, figure en annexe 2 du présent contrat. Il est réactualisé chaque année.
5. Les HUG fournissent au département toutes les informations utiles à la planification sanitaire cantonale et au bon fonctionnement du réseau de soins, dont notamment les montants versés par les autres cantons au titre des parts cantonales pour leurs citoyens hospitalisés aux HUG.

**Article 18***Modifications*

1. Toute modification au présent contrat doit être négociée entre les parties, sous réserve des dispositions de l'article 6 "Engagements financiers de l'État", et sous réserve des dispositions de la loi de ratification qui ne peuvent être modifiées.
2. En cas d'événements exceptionnels et prétéritant la poursuite des activités des HUG ou la réalisation du présent contrat, les parties s'accordent sur les actions à entreprendre.
3. Ces événements doivent être signalés dans les plus brefs délais au département.

**Article 19***Suivi du contrat*

1. Les parties au présent contrat mettent en place une commission de suivi du contrat, dont le règlement figure en annexe 6, afin de :
  - veiller à l'application du contrat;
  - évaluer les engagements par le biais du tableau de bord et du rapport d'exécution annuel établi par les HUG;
  - permettre l'adaptation, la réorientation ou la redéfinition des conditions du contrat et de son tableau de bord.
2. Les noms des membres de la commission de suivi figurent à l'annexe 7 du présent contrat.
3. Ce dispositif est indépendant du processus de contrôle périodique prévu à l'article 22 de la LIAF.

**Titre V - Dispositions finales****Article 20***Règlement des litiges*

1. Les parties s'efforcent de régler à l'amiable les différends qui peuvent surgir dans l'application et l'interprétation du présent contrat.
2. En cas d'échec, elles peuvent recourir d'un commun accord à la médiation.
3. À défaut d'un accord, le litige peut être porté devant la Chambre administrative de la Cour de justice du canton de Genève par la voie de l'action contractuelle.

**Article 21***Résiliation du contrat*

1. Le Conseil d'État peut résilier le contrat et exiger la restitution de tout ou partie de l'indemnité lorsque :
  - a) l'indemnité n'est pas utilisée conformément à l'affectation prévue;
  - b) les HUG n'accomplissent pas ou accomplissent incorrectement leur tâche malgré une mise en demeure;
  - c) l'indemnité a été indûment promise ou versée, soit en violation du droit, soit sur la base d'un état de fait inexact ou incomplet.
2. La résiliation s'effectue dans un délai de six mois pour la fin d'une année.
3. Dans tous les cas, la résiliation s'effectue par écrit.

**Article 22***Entrée en vigueur,  
durée du contrat et  
renouvellement*

1. Le contrat entre en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2020, dès que la loi qui l'approuve devient exécutoire. Il est valable jusqu'au 31 décembre 2023.
2. Les parties conviennent d'étudier les conditions de renouvellement éventuel du contrat au moins douze mois avant son échéance.

- 14 -

Fait à Genève, le 13.11.2020

en 2 exemplaires originaux.

Pour la République et canton de Genève :

représentée par

**Monsieur Mauro POGGIÀ**

Conseiller d'État chargé du département de la sécurité, de l'emploi et de la santé

Date :

Signature

Pour les HUG

représentés par

  
**Monsieur François CANONICA**  
Président du Conseil d'administration

Date : 16-11-2020 Signature

  
**Monsieur Bertrand LEVRAT**  
Directeur général

Date : Signature