

Cour des comptes
Route de Chêne 54
1208 Genève
Tél. : +41 (0)22 388 77 90
<http://www.cdc-ge.ch>

Monsieur
Mauro POGGIA
Conseiller d'État
DSES
Rue de l'Hôtel-de-Ville 14
Genève

PAR COURRIEL ET PAR POSTE

Genève, le 17 juillet 2020

Consultation relative à la mise en œuvre du financement hospitalier

Monsieur le Conseiller d'État,

En plus de ses activités de contrôle, la Cour peut également intervenir en tant que pôle de compétence (art. 38 al.3 LSurv). Dans votre courrier du 12 novembre 2019, vous sollicitiez la Cour concernant une mission d'expertise relative à la mise en œuvre du financement hospitalier. Vous souhaitiez que la Cour donne son « *regard sur les mandats que le DSES établit avec les établissements médicaux, sur le processus de versement des parts cantonales ainsi que sur les contrôles prévus sur ces factures* ». La Cour vous a informé par courrier le 3 décembre 2019 qu'elle répondait favorablement à votre demande.

1. Contexte

La précédente planification hospitalière du canton a été invalidée par l'arrêt du Tribunal administratif fédéral (TAF) du 16 janvier 2019¹, car elle instaurait une inégalité de traitement entre les établissements hospitaliers et ne respectait pas le principe du paiement à la prestation. Le canton a dès lors établi une nouvelle planification en appliquant le modèle GPPH (d'origine zurichoise). À la suite d'un appel d'offres, les établissements genevois se sont vu attribuer, selon les critères GPPH², des groupes de prestations pour lesquels ils peuvent recevoir le cofinancement étatique et ont été inscrits sur la liste des hôpitaux admis par le canton au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal – RS 832.10). En outre, la nouvelle planification cantonale a aboli les limites liées au nombre de cas et au montant en francs qui étaient imposées aux établissements privés. En revanche, le canton a introduit pour chaque établissement inscrit sur la liste hospitalière un ratio prévoyant que le nombre de patients au bénéfice d'une assurance complémentaire (« patient LCA ») cofinancé par l'État³ ne pourra pas être supérieur au nombre de patients couvert uniquement par l'assurance de base (« patient AOS »). Le canton a ainsi instauré un ratio « 50/50 ». Par exemple, si 85 % des patients d'une

¹ ATAF C-5017/2015.

² « Le concept relatif aux groupes de prestations pour la planification hospitalière est un système de classification développé par la direction zurichoise de la santé ; il réunit les prestations médicales en groupes de prestations et est utilisé pour la planification hospitalière liée aux prestations et la formulation des mandats de prestations aux hôpitaux. » (source : conférence des directrices et directeurs cantonaux de santé - <https://www.gdk-cds.ch/fr>).

³ Les cas stationnaires sont cofinancés à hauteur de 55 % par l'État, le solde de 45 % étant pris en charge par l'assureur (art. 49a al. 2ter LAMal).

clinique disposent d'une LCA et les autres patients (15 %) d'une AOS uniquement, l'État cofinancera le coût des soins au tarif « LAMal » de tous les patients AOS (représentant 15 % de la patientèle totale) ainsi que les coûts « LAMal » d'un nombre équivalent de patients LCA. Le modèle prévoit que le coût des autres patients LCA (70 % de la patientèle totale) ne bénéficie pas d'une participation étatique (ces coûts sont donc pris en charge par les assureurs).

Les réponses des établissements hospitaliers à l'appel d'offres pour figurer sur la liste hospitalière ont été reçues par la direction générale de la santé (DGS) en juin 2019. Cette dernière les a examinées et a fait parvenir les projets de décision aux soumissionnaires en septembre 2019, avec un délai de prise de position de quatre à six semaines. Dans ce cadre, la DGS a rencontré séparément toutes les cliniques privées qui le désiraient. À l'issue de ces discussions, le Conseil d'État a validé la proposition d'adjudication le 11 décembre 2019. Le résultat de l'appel d'offres a abouti à :

- a) La non-inscription des cliniques soumissionnaires suivantes :
 1. A
 2. B
 3. C
 4. D
- b) L'inscription à tous les groupes de prestations pour les HUG ;
- c) L'inscription partielle⁴ de tous les autres soumissionnaires. Contrairement aux HUG, les cliniques n'ont pas soumissionné à tous les groupes de prestations.

Selon les informations à disposition de la Cour, trois établissements ont recouru au TAF contre les décisions du Conseil d'État à leur égard, se plaignant notamment d'une violation des art. 39 LAMal et 58a et ss OAMal. Ces trois procédures sont pendantes.

2. *Objet*

Conformément à votre demande du 12 novembre 2019, la Cour s'est penchée sur les mandats de prestations établis avec les établissements hospitaliers plus particulièrement par rapport aux enjeux liés aux critères d'économicité et de qualité, le processus de versement des parts cantonales ainsi que les contrôles de la facturation. En outre, la Cour a élargi le périmètre de son analyse à d'autres points que ceux demandés dans votre courrier, pour les motifs développés ci-après au point 5.

3. *Limitations*

La Cour n'a pas effectué d'évaluation de politique publique ou de contrôle (art. 40 LSurv) de la planification hospitalière.

Dans le cadre de cette consultation, la Cour ne se prononce ni sur les coûts financiers ni sur l'opportunité politique des mesures prises par le canton en matière de planification hospitalière. Elle n'a, par ailleurs, pas étudié la qualité des prestations médicales fournies par les différents établissements hospitaliers. Enfin, ses travaux n'ont pas pour objet d'effectuer une revue de la

⁴ Octroi d'une partie des groupes de prestations demandés par E, F, G et H.

pertinence du cadre législatif fédéral en matière de santé ou des projets de modification dudit cadre et des dispositions cantonales.

4. Principales dispositions

Dispositions actuelles

Il convient de rappeler ici les principaux paramètres de la planification hospitalière, tels qu'ils résultent de la LAMal et de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal – RS 832.102).

L'assuré a le libre choix de l'hôpital dans lequel il entend se faire soigner. Ce choix peut se porter soit sur un établissement hospitalier répertorié⁵ de son canton de domicile, soit sur un établissement hospitalier répertorié du canton où cet hôpital est établi. Le principe du libre choix de « l'institution de santé », tel qu'il figure à l'art. 44 al. 1^{er} de la loi cantonale sur la santé du 7 avril 2006 (K 1 03), ne constitue qu'une redite dans un domaine qui est réglé par le droit fédéral. Dès lors que l'hôpital est répertorié, il doit prendre en charge tous les assurés, dans les limites de son mandat (art. 41a LAMal), tandis que le canton de domicile du patient doit cofinancer le cas en application des art. 41 al. 1bis et 49a al. 1 LAMal en relation avec l'art. 49 LAMal.

En d'autres termes, et dans la mesure où un hôpital figure sur la liste hospitalière du canton de domicile de l'assuré ou sur la liste du canton de son établissement pour le groupe de prestations considéré, un canton ne saurait refuser sa participation.

On conçoit donc aisément que la planification hospitalière joue un rôle cardinal dans la maîtrise par un canton donné de l'évolution des coûts de la santé sur son territoire. L'admission des hôpitaux au sens de l'art. 39 al. 1^{er} let. d et e LAMal permet aux cantons d'établir la planification qu'ils jugent appropriée. Les cantons établissent des mandats de prestations avec les établissements retenus sur la liste hospitalière. Selon l'art. 58b al. 4 let. a à c OAMal, les critères gouvernant ce choix comportent :

- a) *le caractère économique et la qualité de la fourniture de prestations ;*
- b) *l'accès des patients au traitement dans un délai utile ;*
- c) *la disponibilité et la capacité de l'établissement à remplir le mandat de prestations selon l'art. 58e.*

Selon l'alinéa suivant, lors de l'examen du caractère économique et de la qualité, les cantons doivent encore prendre en considération l'efficacité de la fourniture de prestations, la justification de la qualité nécessaire et en matière hospitalière, les critères du nombre minimum de cas et l'exploitation des synergies.

Ainsi, les dispositions pertinentes de la LAMal et de l'OAMal s'organisent autour de deux critères principaux, celui du prix de la prestation (économicité) et de la qualité de celle-ci. Il en découle donc que lorsque plusieurs établissements remplissent les critères de la législation fédérale quant à la qualité des prestations fournies (qualité intrinsèque et nombre de cas) et quant à la disponibilité et la capacité, l'économicité devient la variable décisive.

⁵ «  tablissement hospitalier répertorié » signifie qu'il est inscrit sur la liste hospitalière cantonale.

Les charges supplémentaires que constituent la recherche et la formation universitaires doivent être « en particulier » rémunérées séparément en vertu de l'art. 49 al. 3 LAMal ; cette disposition n'ayant pas un caractère exhaustif, c'est par ce biais que le canton peut rémunérer des surcoûts liés à l'exploitation d'un hôpital public, hors détermination du prix de base.

Projet de modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)

La Confédération a lancé une procédure de consultation avec un délai de réponse au 2 septembre 2020 relative à la modification de l'OAMal. Cette modification prévoit « *d'une part une adaptation des critères de planification et d'autre part, de nouvelles dispositions relatives au calcul des tarifs dans un modèle de rémunération de type DRG* »⁶. Elle prévoit également un renforcement de la coordination intercantonale des planifications.

Les critères de planification seraient uniformisés entre les cantons et adaptés à la jurisprudence du TAF. Le projet contient également des dispositions plus précises sur l'évaluation du caractère économique et de qualité des établissements pouvant être retenus sur la liste hospitalière cantonale.

Les tarifs de la prestation ne devraient plus « *couvrir au plus les coûts de la prestation justifiés de manière transparente* », mais se fonder sur une valeur de référence. Cette valeur de référence serait calculée « *sur la base des coûts du fournisseur de prestations constituant la référence (benchmark)* ». Enfin, elle renforcerait la transparence des tarifs en imposant notamment la publication des prix de base des établissements.

Projet de modification de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal)

Le Conseil d'État a adopté un projet de loi modifiant la LaLAMal⁷. Un des objectifs de cette modification est d'inscrire dans le cadre législatif l'obligation, pour les établissements de la liste hospitalière cantonale, d'accepter des patients au bénéfice de la seule assurance obligatoire des soins. Ainsi, le canton cofinancera les patients couverts par une assurance complémentaire pour autant que l'établissement hospitalier ait pris en charge un nombre égal de patients au seul bénéfice de l'AOS (ratio « 50/50 »).

Cette obligation était déjà inscrite dans les mandats de prestations de l'État avec les établissements hospitaliers répertoriés.

⁶ Avec le modèle de rémunération *diagnosis related group* – DRG (introduit en Suisse en 2012), les établissements sont payés, de manière forfaitaire pour les soins stationnaires, pour chaque patient en fonction du groupe de diagnostic auquel il appartient. En Suisse, la société SwissDRG SA est responsable de l'élaboration, du développement, de l'adaptation et de l'entretien des systèmes tarifaires des prestations stationnaires.

⁷ Communiqué de presse du Conseil d'État du 25 mars 2020.

5. Démarches de la Cour

Compte tenu des risques juridiques et financiers qu'elle a identifiés et présentés ci-après découlant notamment des modalités de mise en œuvre du ratio 50/50 à Genève, la Cour a choisi d'élargir le périmètre de son analyse. Elle s'est ainsi penchée sur la planification hospitalière cantonale 2020 au regard des enjeux actuels et à venir du domaine de la santé. Dans ce cadre, elle a revu, entre autres, le flux d'informations provisoire prévu entre les établissements et la DGS de même que les critères d'octroi de prestations retenus pour la planification 2020.

À cette fin, la Cour a examiné les différentes dispositions applicables ainsi que la documentation transmise par la direction générale de la santé (DGS). Elle a également procédé à des entretiens ciblés sur la planification hospitalière genevoise notamment avec :

- Des experts externes ;
- Des assurances-maladies ;
- Des cliniques privées ;
- Les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ;
- La direction générale de la santé (DGS) ;
- La Fédération suisse des patients.

La Cour a, par ailleurs, analysé des éléments clés des planifications hospitalières des cantons de Berne, Zurich, Saint-Gall et du Tessin.

Le travail d'analyse mené par la Cour lui a permis de comprendre les mécanismes et enjeux de la planification hospitalière, ainsi que de manière plus générale, les défis du système de santé. La Cour en a ressorti des éléments qui permettent de proposer des améliorations de la planification cantonale actuelle.

6. Mandats établis avec les établissements médicaux

Il convient, en premier lieu, de saluer les avancées de la nouvelle planification 2020 qui s'inspire désormais des critères GPPH adoptés par un grand nombre de cantons, ce qui correspondait à une attente des acteurs genevois. La nouvelle planification hospitalière est considérée comme une amélioration par rapport à l'ancienne par plusieurs parties prenantes rencontrées par la Cour.

La Cour observe néanmoins que certains éléments de la planification exposent l'État de Genève à des risques juridiques et financiers. Ils sont présentés ci-après.

Ratio 50/50

Pour l'établissement du ratio 50/50, la DGS a indiqué à la Cour s'être inspirée des modèles saint-gallois et tessinois, deux cantons ayant également mis en œuvre un ratio à respecter entre patients AOS et LCA pour les établissements de la liste hospitalière cantonale.

Le ratio « saint-gallois » est dit dynamique, car il est déterminé en fonction de la proportion effective des patients LCA dans le canton. Un établissement de la liste hospitalière ne peut pas avoir plus du double de patients LCA que la proportion effective de patients LCA dans le canton

(par ex. si le canton compte 20 % de patients LCA, la patientèle d'un hôpital ne peut pas compter plus de 40 % de patients LCA). Ce type de ratio a été validé par le TAF⁸ qui indique que ni la liberté économique ni le principe de l'égalité de traitement ne sont touchés par ce ratio.

Le ratio « tessinois » a été mis en place pour assurer l'obligation d'admission aux établissements de la liste hospitalière. En effet, sa loi d'application de la loi fédérale du 20 juin 1997 (LCAMal) indique à l'art. 63e que « l'obligation relative à l'admission est réputée avoir été accomplie si les patients titulaires uniquement de l'assurance obligatoire des soins médicaux représentent au moins 50 % ». Dans les faits, aucun établissement figurant sur la liste hospitalière tessinoise n'admet moins de 50 % de patients AOS. La moyenne des patients LCA se situe entre 15 % et 20 %. Une clinique a interjeté recours auprès du Tribunal fédéral, notamment contre le ratio « tessinois », et le recours a été rejeté⁹.

En outre, pour s'assurer de la robustesse juridique du ratio 50/50 « genevois », la DGS a sollicité un avis de droit externe afin de répondre à la question suivante, en particulier :

« l'obligation qui sera faite aux établissements inscrits sur la liste hospitalière de prendre en charge au minimum 50 % de cas ne bénéficiant que de l'assurance obligatoire des soins, sans assurance complémentaire, ceci afin de garantir l'obligation d'admettre, est-elle admissible ? »

L'avis de droit conclut notamment que :

« il ne semble donc plus y avoir de doute que sur le fait qu'un canton peut, sur le principe, conditionner l'admission d'un hôpital dans la liste hospitalière à un pourcentage de cas traités uniquement pour des personnes assurées selon l'AOS, à 50 % au moins »

Cependant, cet avis de droit ne se prononce pas sur l'absence de prise en charge de la part cantonale pour les cas d'un établissement se situant en dehors du ratio 50/50.

Si le principe d'instaurer un ratio est conforme aux dispositions applicables, il demeure un risque juridique sur la modalité de mise en œuvre dudit ratio 50/50 « genevois ». En effet, le canton ne cofinance les patients couverts par une assurance complémentaire (LCA) qu'à hauteur du nombre de patients au seul bénéfice de l'assurance de base (AOS). Ainsi, en cas de non-respect du ratio 50/50, le traitement hospitalier de patients LCA n'est pas cofinancé par l'État, ce qui paraît aux yeux de la Cour difficilement conciliable avec l'art. 49a LAMal qui prévoit que le canton cofinance les traitements hospitaliers, au minimum à hauteur de 55 % de la facture, de tous les résidents cantonaux. A contrario du modèle de financement genevois, les cantons de Saint-Gall et du Tessin ne remettent jamais en cause le cofinancement cantonal des traitements hospitaliers, prévu à l'art. 49a LAMal, pour les éventuels cas réalisés en dessus du ratio déterminé. Un établissement hospitalier ne respectant pas le ratio imposé dans la planification des cantons précités s'expose en revanche à des sanctions pouvant aller jusqu'à son éviction de la liste hospitalière cantonale¹⁰ alors que dans le canton de Genève, aucune conséquence ne

⁸ ATAF C-4231/2017

⁹ ATF 2C_796/2011

¹⁰ La recommandation n° 15, non contraignante, de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) précise que les sanctions doivent être proportionnées. Ce n'est que si des prestations sont fournies sans mandat correspondant (en dehors des groupes de prestations inscrits sur

retombe sur l'établissement, la perte du cofinancement cantonal étant actuellement prise en charge par l'assurance complémentaire.

La Cour observe, par ailleurs, que cette situation peut également générer une inégalité de traitement entre les assurés du canton, un assuré LCA étant obligatoirement aussi un assuré AOS. Cette absence de prise en charge par le canton pourrait avoir un effet sur l'évolution des primes LCA.

Cette absence de prise en charge de la part cantonale pour certains cas génère donc une incertitude juridique et financière pour le canton en cas de recours d'un établissement hospitalier ou d'un refus de prise en charge de la part cantonale par les assureurs privés. Les potentielles conséquences financières sont significatives pour le canton de Genève, car ce dernier pourrait être contraint de payer la part cantonale de tous les cas réalisés en dessus du ratio défini ainsi que les éventuels intérêts moratoires sur ce montant. Le chiffrage du risque financier n'est pas chose aisée tant les hypothèses sous-jacentes sont incertaines. Mais les différentes parties prenantes rencontrées par la Cour s'accordent à estimer, notamment sur la base du nombre de cas effectués dans les établissements, ce montant à plusieurs dizaines de millions de francs.

Octroi des groupes de prestations

Concernant l'octroi des groupes de prestations, l'art. 39 al. 2ter LAMal indique que la qualité et le caractère économique doivent être pris en considération dans les critères de planification hospitalière¹¹. Il ressort des entretiens de la Cour une incompréhension d'une partie des acteurs de la santé sur les critères d'attribution qui ont été appliqués par la DGS dans sa planification hospitalière, et ce malgré les nombreux échanges entre la DGS et les soumissionnaires. Cette incompréhension génère également un sentiment d'opacité sur certains éléments justifiant les adjudications finales, manque de transparence qui ne se retrouverait pas dans d'autres cantons, par exemple à Zurich.

La DGS a précisé, dans son courrier du 16 mai 2019 aux établissements souhaitant soumissionner à « *l'appel d'offres pour la couverture des besoins en soins aigus dans le canton de Genève dès 2020* » que les critères pris en compte pour l'adjudication des groupes de prestations sont les suivants :

1. « *le respect des exigences du modèle GPPH pour les groupes de prestations, ainsi que les groupes liés en interne ; pour les groupes liés en coopération, une pièce attestant de la coopération avec un autre établissement est exigée ;*
2. *la possibilité de concentrer dans un seul établissement ou site la totalité des cas soumis à l'appel d'offres d'un groupe de prestations ou d'un ensemble de groupes de prestations ;*

la liste hospitalière) que le canton n'est pas tenu de verser sa part, ce qui n'est pas le cas dans le modèle genevois.

¹¹ La Cour rappelle, à toutes fins utiles, que les prestations d'intérêt général font l'objet d'un financement distinct du canton (dénommées « missions d'intérêt général » aux HUG – MIG). Elles correspondent à toutes les prestations d'intérêt général qui ne sont pas financées dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Elles comprennent en particulier (art. 49 al.3, LAMal) : le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale, la recherche et la formation universitaire.

3. *la présence de conventions de collaboration avec un établissement universitaire, pertinentes dans le cadre de l'appel d'offres ;*
4. *l'économicité des prestations ;*
5. *la qualité des prestations, évaluée selon un rapport indépendant produit par le Dr Egli. »*

Or, la décision du canton d'allouer dans le cadre de la planification hospitalière 2020 tous les groupes de prestations du modèle GPPH aux HUG suscite des interrogations de la part de certaines parties prenantes rencontrées par la Cour quant à l'objectivité de la DGS au regard des critères précités. En effet, dès lors que plusieurs établissements satisfont aux trois premiers critères d'adjudication, seules l'économicité et la qualité des prestations devraient permettre de départager les postulants. Sans remettre en question les décisions prises par la DGS ou le travail des HUG, la Cour observe qu'une décision basée uniquement sur les critères d'adjudication précités impliquerait que les HUG travaillent, dans tous les domaines, avec une qualité supérieure ou de façon plus économique que tous les autres établissements. Par ailleurs, une partie des établissements n'ont pas été inclus pour certaines prestations alors que les motifs invoqués ne sont pas remplis par d'autres acteurs qui se sont vu octroyer ces prestations, à la suite de discussions avec la DGS. C'est le cas par exemple de la sénologie (GYN 2), pour laquelle une clinique a été retenue dans le cadre de l'appel d'offres alors qu'elle ne répondait pas à toutes les exigences initiales. Une autre clinique avait également soumissionné pour ce groupe de prestations avant de renoncer, à la suite de discussions avec la DGS, car elle ne répondait pas à certaines exigences pour ce groupe de prestations. Ces divers éléments engendrent une perception de conflits d'intérêts, dommageable pour le canton, auprès des différents acteurs du système de santé. Celle-ci est renforcée par le « double rôle » assumé par le canton qui est à la fois « propriétaire » des HUG et en charge de la planification hospitalière¹².

Durée des mandats de prestations

La Cour estime que les mandats de prestations annuels augmentent la difficulté pour les différents acteurs de prendre des actions à moyen terme pour améliorer la qualité et l'efficacité. Des mandats de prestations pluriannuels, par exemple sur trois ou cinq ans, faciliteraient la mise en place d'un cercle vertueux d'amélioration continue du système de santé, comme cela est le cas dans plusieurs autres cantons. Il conviendrait, dans ce cadre, que le canton annonce les critères d'attribution suffisamment en avance afin que les établissements puissent améliorer leur organisation et leurs prestations pour y répondre au mieux. En outre, une plus longue durée du mandat contribuerait à renforcer la concurrence et, par-là, l'efficacité et la qualité des prestations, puisque seuls les meilleurs établissements de soins seraient retenus dans la planification.

¹² L'organisation actuelle du département peut également concourir à une telle perception, les responsables de la planification étant rattachés à la même entité départementale que celle décidant de l'octroi de la subvention à verser aux HUG.

7. Processus de versement des parts cantonales

Le principe de rémunération des hôpitaux prévoit le paiement d'acomptes aux différents établissements hospitaliers jusqu'à la mise en place d'une nouvelle solution informatique par la DGS, prévue pour la fin de l'année 2020 selon les informations transmises à la Cour. À défaut d'un système d'information approprié, le processus actuel génère un surcoût administratif inutile pour le canton et lui fait porter un risque financier en cas de cessation d'activités d'un établissement. La Cour observe à ce propos, sur la base des informations à sa disposition, que les assurances ne versent pas d'acomptes aux établissements.

8. Contrôles de la facturation

Compte tenu de l'inadéquation du système d'information actuel, le mode de transfert et l'analyse des données transmises à la DGS par les différents établissements hospitaliers pour la facturation sont peu efficaces. Cette situation augmente également le risque d'erreurs. En effet, les établissements hospitaliers transmettent les données de facturation en utilisant l'outil de l'État de Genève « Go anywhere » sous format Excel. La DGS effectue ensuite des contrôles sur les données des fichiers Excel reçus. La Cour observe que plusieurs outils appropriés existent lesquels permettraient d'optimiser et d'assurer un transfert et un traitement fiables de ces données¹³. La DGS, consciente de ce qui précède, a amorcé des réflexions qui devraient permettre d'aboutir à l'implémentation d'une solution d'ici à fin 2020.

En ce qui concerne les contrôles sur les données transmises, il sied de relever que le canton gagnerait à s'appuyer davantage sur les vérifications de la facturation réalisées par les auditeurs externes des établissements ainsi que sur la vérification du bien-fondé des factures effectuée par les assurances. Une telle démarche permettrait au canton de réduire le coût de ses propres contrôles éventuels n'effectuant pas à double des vérifications faites par des acteurs externes aux établissements concernés.

Par ailleurs, la Cour observe que la vérification détaillée du bien-fondé de la facturation par un service indépendant comprenant notamment des médecins-conseils semble peu faisable, au vu des possibilités très limitées que les dispositions légales applicables¹⁴ offrent aux cantons en la matière. Quand bien même la LAMal en offrirait la possibilité, un tel processus serait peu efficace, ces contrôles étant déjà effectués par les assureurs.

Concernant la vérification de la domiciliation de l'assuré et de l'inclusion de la prestation facturée dans le mandat de prestations octroyé, points de contrôles essentiels pour le canton, il s'agirait de faire évoluer le système d'information afin d'effectuer des contrôles informatiques automatisés.

¹³ Ces outils sont largement utilisés pour le transfert des données entre les hôpitaux et les assurances.

¹⁴ L'art. 42 al. 4 LAMal prévoit que l'assureur peut demander des renseignements d'ordre médical, pas l'État. En outre, l'art. 57 LAMal, organise le rapport entre médecin-conseil et assureur, et ne mentionne nullement l'État. Enfin, il convient de rappeler que la Confédération légifère en matière d'assurance-maladie, les cantons n'ayant qu'une compétence d'exécution en vertu de l'art. 117 al. 1er Cst. féd. Ainsi, le canton ne pourrait ni demander les mêmes renseignements médicaux que les assureurs ni s'appuyer sur un médecin-conseil comme ils le font pour la vérification des factures.

De manière synthétique, il s'agit donc de soutenir la DGS dans sa volonté de moderniser son système d'information tout en explorant les possibilités de s'appuyer davantage sur les contrôles externes.

9. Pistes de réflexion

Libre choix du fournisseur de prestations et obligation d'admission

Les cliniques privées ayant essentiellement une patientèle LCA, le ratio « 50/50 » a été mis en place afin de garantir le libre choix du fournisseur de prestations par le patient, prévu à l'art. 41 LAMal¹⁵ et l'obligation d'admission prévue à l'art. 41a LAMal¹⁶. Or, le non-respect du ratio n'étant pas sanctionné en cas de refus d'admission de patients AOS par un établissement, il demeure un risque important que le système proposé ne permette pas de garantir l'atteinte de ces deux objectifs de manière appropriée. En effet, à l'heure actuelle, ce ratio est peu incitatif, car lorsque la part cantonale n'est pas prise en charge par le canton, l'établissement est rémunéré par l'assurance complémentaire. La mise en place de sanctions graduelles en cas de violation de l'obligation d'admission, par exemple comme dans le canton de Berne¹⁷, de Saint-Gall¹⁸ ou du Tessin¹⁹, contribuerait à une meilleure garantie de l'obligation d'admission.

Qualité et économicité

La nouvelle planification cantonale inclut des critères qualitatifs tels que le nombre d'actes par établissement ou opérateurs pour certaines prestations GPPH. Il est, de manière générale, reconnu par l'ensemble des acteurs du système de santé que la dimension qualitative est essentielle au bon fonctionnement du système de santé. C'est pourquoi la Cour estime que les planifications cantonales bénéficieraient d'une introduction plus systématique d'exigences

¹⁵ L'art. 41 al.1bis, précise que : « En cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié) »

¹⁶ L'art. 41a al.1, précise que : « Dans les limites de leurs mandats de prestations et de leurs capacités, les hôpitaux répertoriés sont tenus de garantir la prise en charge de tous les assurés résidant dans le canton où se situe l'hôpital (obligation d'admission). »

¹⁷ « En cas de soupçon justifié de violation de l'obligation d'admission, les patientes et les patients, leur famille, les médecins traitants et les autorités de tutelle peuvent s'adresser au Service de médiation. Celui-ci signalera le cas à l'Office des hôpitaux, compétent en matière de surveillance. » Les faits faisant l'objet d'une dénonciation pourraient donner lieu à des investigations et à des sanctions éventuelles. À ce propos, la loi sur les soins hospitaliers (LSH) du canton de Berne prévoit explicitement à l'art. 43, al. 3, que les obligations d'admission doivent être remplies sans discrimination. Elle indique également qu'elles « sont valables en particulier quels que soient l'âge, le sexe, l'origine ou la couverture d'assurance des patients et des patientes. »

(source :

<https://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/psychiatrie/aufnahmepflicht.html>).

¹⁸ À Saint-Gall, si le ratio n'est pas respecté, l'établissement hospitalier ne sera plus retenu sur la nouvelle liste hospitalière.

¹⁹ En cas de violation de l'obligation d'admission, la loi tessinoise accorde la faculté de signaler la violation au CE, lequel peut prendre les sanctions indiquées à l'art. 66r LCAMal allant de l'avertissement à la révocation du mandat.

qualité tant sur les « processus » métiers des établissements que sur les résultats médicaux (« patient related outcome »). Ceci permettrait aux patients d'être mieux informés au moment de leur choix d'établissements et aux cantons d'attribuer les prestations sur la base de critères permettant d'intégrer davantage cette dimension. En outre, cela faciliterait un renforcement de la concurrence entre les établissements. Cette démarche contribuerait également à une meilleure maîtrise des coûts de la santé ainsi qu'à l'augmentation de la qualité des soins, en particulier par son effet positif sur la réduction des actes médicaux inutiles.

Collaboration intercantonale dans la planification hospitalière

Vu le haut niveau des primes d'assurance-maladie dans le canton et l'évolution des coûts de la santé en Suisse, il est essentiel de prendre des mesures à même d'offrir la meilleure maîtrise possible de ces coûts. Or, seule une démarche intercantonale, voire fédérale, permettrait réellement d'agir efficacement à la fois sur la qualité (nombre suffisant de cas par opérateur, entre autres) et sur l'économicité du système de santé. En permettant des synergies, elle faciliterait également l'innovation, notamment en favorisant la transformation numérique qui touche des domaines variés allant de l'organisation (par exemple, l'usage de l'intelligence artificielle pour planifier les ressources d'un hôpital sur les prochaines 24 à 48 heures²⁰) à l'aide au diagnostic (CAD – *Computed Aided Detection*).

Dans l'idéal, il serait opportun que le canton collabore étroitement avec les cantons disposant d'hôpitaux universitaires (Bâle-Ville, Berne, Vaud et Zurich). Une telle collaboration pourrait à terme aboutir à une planification appropriée supra-cantonale, voire fédérale, des soins qui permettrait d'agir avec succès sur les coûts et la qualité du système de santé. Il est en effet important que la planification hospitalière soit un outil permettant non seulement de répondre aux enjeux actuels, mais également d'anticiper les défis à venir.

La crise du COVID-19, d'une ampleur et d'une gravité exceptionnelles, ne fait que souligner l'absolue nécessité d'agir de manière coordonnée entre les différents acteurs cantonaux. Contenir les coûts du système de santé tout en améliorant sa qualité sera le défi à relever dans l'après-crise.

²⁰ Ce type d'approche a permis au John Hopkins Hospital (Baltimore, États-Unis), régulièrement cité comme exemple, de réduire de manière importante les délais de prise en charge et de transfert d'un patient.

La Cour estime que la mise en place des propositions contenues dans le présent document contribuerait à l'amélioration de l'efficacité et de la qualité du système de santé.

Veillez croire, Monsieur le Conseiller d'État, à l'assurance de notre haute considération.

Pour la Cour des comptes

François PAYCHÈRE, président

Sophie FORSTER CARBONNIER, magistrate