



## **Evaluation de la planification sanitaire**

---

### **Constats tirés de l'étude de faisabilité**

#### **Résumé**

Partant de la loi sur la santé, qui consacre un chapitre particulier à la planification sanitaire en exigeant notamment un plan cantonal d'accès aux soins, la commission externe d'évaluation des politiques publiques (CEPP) s'est saisie du thème de la planification sanitaire cantonale pour évaluer l'adéquation entre les besoins de la population en matière de santé et la disponibilité des services de santé offerts. Dans une première phase, la commission a étudié la faisabilité d'une telle évaluation. Durant cette étude, un certain nombre de constats ont été établis concernant l'état de l'élaboration de cette planification cantonale. En effet, malgré l'existence de multiples instruments de planification, il manque encore une réflexion globale de l'autorité cantonale, et le document qui la reflète. La CEPP a donc été contrainte de conclure à la non faisabilité d'une évaluation de l'impact de la planification sanitaire, en l'absence d'une telle planification et, par conséquent, sans pouvoir en observer les effets après un certain nombre d'années. Le présent rapport fait la synthèse des informations recueillies et des constats effectués, ceci afin de soutenir les efforts que les administrations concernées doivent encore accomplir pour satisfaire aux exigences de la loi cantonale sur la santé, ainsi qu'à celles de la législation fédérale récemment révisée.

**Genève, le 1<sup>er</sup> septembre 2009**

## Table des matières

1.	Introduction.....	4
2.	Les bases légales.....	5
3.	Le rôle des acteurs.....	6
4.	Les instruments de planification.....	11
4.1.	Le plan cantonal d'accès aux soins.....	11
4.2.	La planification sanitaire quantitative.....	11
4.3.	La planification sanitaire qualitative (PSQ).....	13
4.4.	La planification médico-sociale.....	13
4.5.	Le réseau de soins et le maintien à domicile.....	13
4.6.	La planification dans le domaine du handicap.....	14
4.7.	La planification intercantonale.....	14
4.8.	La planification transfrontalière.....	14
5.	Les instruments de suivi.....	15
5.1.	Système d'information.....	15
5.2.	Statistiques et indicateurs.....	16
6.	Développements récents.....	17
6.1.	Au plan cantonal.....	17
6.2.	Au plan fédéral.....	17
7.	Principaux constats.....	19
7.1.	Concernant la conception de la politique publique.....	19
7.2.	Concernant l'administration.....	19
7.3.	L'état de la planification.....	20
7.4.	Les coûts.....	22
8.	Conclusion.....	23
9.	Annexes.....	25
9.1.	Historique de la planification sanitaire.....	25
9.2.	LAMal.....	29
9.3.	OAMal.....	30
9.4.	Loi sur la santé.....	31
9.5.	Personnes interrogées.....	33
9.6.	Organigramme du Département de l'économie et de la santé (DES).....	34
9.7.	Réaction du Conseil d'Etat.....	35
9.8.	Bibliographie.....	36

## Groupe de travail

La CEPP a confié à un groupe de travail la réalisation de la présente étude de faisabilité. Ce groupe était composé de Mme Isabelle Terrier (responsable), Mme Béatrice Guelpa<sup>1</sup>, Mme Anni Stroumza, M. Jean-Marc Denervaud<sup>2</sup>, M. Hans Peter Graf et M. Michel Jacquet. Ce groupe de travail a été soutenu dans ses travaux par M. Christophe Kellerhals, Secrétaire permanent de la CEPP.

Par ailleurs, un mandat a été attribué à Mme Maud Krafft, de la société MaudKrafft Consulting, pour réaliser des entretiens complémentaires et une synthèse de l'information réunie.

## Liste des abréviations

AMG	Association des médecins du canton de Genève
AMIG	Association des médecins d'institutions de Genève (médecins des HUG)
CE	Conseil d'Etat
CASS	Centres d'action sociale et de santé
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CIMHS	Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée
CRFG	Comité régional franco-genevois
DES	Département de l'Economie et de la Santé
DFI	Département fédéral de l'intérieur
DGAS	Direction générale des affaires sociales
DGCASSRS	Direction générale des centres d'action sociale et de santé et du réseau de soins
DGS	Direction générale de la santé (DES)
DRG	Tarification Swiss DRG consistant en un financement par forfaits liés aux groupes de diagnostic
EMS	Etablissements médico-sociaux
EPM	Etablissements publics médicaux
FGAM	Fédération générale des assureurs maladie
FSASD	Fondation des services d'aide et de soins à domicile
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
IMSP	Institut de médecine sociale et préventive
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance maladie
LEPM	Loi sur les établissements publics médicaux
LIAF	Loi sur les indemnités et les aides financières
LSan	Loi sur la santé
MHS	Médecine hautement spécialisée
OAMal	Ordonnance sur l'assurance maladie
Obsan	Observatoire suisse de la santé (à l'OFS)
OCSTAT	Office cantonal de la statistique
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
TARMED	Système de facturation des prestations médicales selon un tarif unifié pour toute la Suisse

---

<sup>1</sup> Jusqu'au 31.8.08.

<sup>2</sup> Jusqu'au 30.6.08.

# 1. Introduction

---

Cette évaluation s'inscrit dans un processus de planification initié il y a plus de quinze ans à Genève. En effet, depuis 1993, le thème de la planification sanitaire a été l'objet de multiples actions et actes législatifs. Les résultats de cette démarche ont abouti aux dispositions de la récente loi cantonale sur la santé, entrée en vigueur en 2006 <sup>(3)</sup>.

Dix ans auparavant, la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) entrainait en vigueur. Une disposition prévoit alors l'obligation pour les cantons d'élaborer une planification sanitaire, ainsi qu'une liste hospitalière (art. 39), ceci en vue de répondre aux besoins tant quantitatifs que qualitatifs de la population. Notons qu'à cette époque, très peu de statistiques étaient rassemblées en vue d'une planification sanitaire, à l'exception des données concernant les accouchements<sup>4</sup>.

A Genève, le Conseil d'Etat remettait un an après un premier rapport de planification (RD 281, 1997). Ce rapport fit office de "Liste hospitalière"<sup>5</sup>, contre laquelle la Fédération genevoise des assureurs-maladie (FGAM) déposa un recours, considérant qu'il y avait des sureffectifs en matière de lits hospitaliers. Le Conseil fédéral, en tant qu'autorité de surveillance, mit trois ans à rendre sa décision. C'est donc seulement en 2000 qu'il confirma la validité de la liste hospitalière établie par les autorités du canton de Genève.

En avril 2001, la commission de planification du système de soins hospitaliers fut mise sur pied. Son rôle principal était d'organiser la planification conjointe du secteur public (les HUG) et du secteur privé (environ dix cliniques inscrites dans la liste hospitalière)<sup>6</sup>, mission difficile puisque ces différents acteurs étaient en concurrence. En 2003, la commission de planification produisit ses conclusions qui furent à la base du rapport RD 483. Ce document prône quatre principes: réduire l'offre, la réguler, favoriser son adaptation aux besoins à long terme et mettre en place un système d'information.

En janvier 2004, le Conseil d'Etat publia une nouvelle "Liste hospitalière". Cette dernière remplaça en particulier l'indicateur du nombre de lits par la notion plus pertinente "d'équivalent-lit" (i.e. un lit utilisé à 100% toute l'année). Cette liste n'a pas fait l'objet d'un recours. L'Etat eut dès lors la tâche de vérifier si le volume de lits était bien respecté.

En septembre 2006, la loi genevoise sur la santé consacra un chapitre à la planification sanitaire, notamment l'art. 30 qui exige la mise en place d'un plan cantonal d'accès aux soins.

---

<sup>3</sup> Cf. Annexe 9.1 : historique de la planification.

<sup>4</sup> Nb: les prévisions y sont généralement plus faciles, car l'évolution des naissances est plutôt linéaire.

<sup>5</sup> La liste hospitalière est censée avoir un effet publicitaire et de transparence. Elle doit définir et délimiter la prise en charge de base ou spécialisée, ainsi que les mandats de prestations. Cette liste définit également les hôpitaux qui sont admis pour les divisions communes, pour les divisions privées et semi-privées. Les patients de ces deux dernières divisions peuvent ainsi profiter de l'assurance de base sous la forme d'une "contribution fixe" ou d'un "forfait LAMal". Cf. CDS, "Pratique du Conseil Fédéral en matière de planification hospitalière et listes des hôpitaux", décembre 2003, p.7.

<sup>6</sup> Parmi les hôpitaux inscrits dans la liste genevoise, uniquement les HUG, les cliniques de Montana et de Joli-Mont sont subventionnés. Les autres établissements bénéficient du "forfait LAMal". Cependant le sens de la liste hospitalière risque d'être fortement modifié suite à la révision de la LAMal en juin 2008, qui propose que tous les établissements inscrits dans la liste soient subventionnés par le canton.

Considérant l'ensemble de ce processus, la Commission externe d'évaluation des politiques publiques (CEPP) initia, en mai 2008<sup>7</sup>, une démarche d'évaluation de l'impact de cette planification sanitaire. L'idée initiale était d'analyser quelques services des HUG.

La présente étude de faisabilité a comme but d'approfondir les connaissances nécessaires en matière de planification sanitaire, de tester les conditions requises à l'évaluation et, le cas échéant, de concevoir un dispositif méthodologique permettant de répondre aux questions d'évaluation suivantes:

1. Quels sont les instruments de planification existants ?
2. Comment la planification sanitaire est-elle appliquée par les acteurs du système de santé ?
3. Quels sont les indicateurs qui permettent à la planification sanitaire d'adapter le système de santé aux évolutions sociales, démographiques et financières ?
4. La planification sanitaire favorise-t-elle une coordination des prises en charge entre les différentes institutions de soins (publiques et privées) ?
5. La planification sanitaire a-t-elle un impact sur la qualité des prestations offertes aux HUG ?
6. La planification sanitaire permet-elle de garantir une égalité d'accès à des soins de qualité ?

Le présent rapport conclut que les conditions requises pour effectuer une évaluation ne sont pas réunies. Il ne propose donc pas de dispositif d'évaluation mais dresse, en lieu et place, un état de la situation concernant la planification sanitaire accompagné d'un certain nombre de constats.

## 2. Les bases légales

---

Au plan fédéral, l'art. 39 al.1 de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal, 1996) impose aux cantons une planification hospitalière en vue d'une meilleure coordination entre fournisseurs de prestations, de contribuer à une utilisation optimale des ressources, et de réduire les coûts. L'objectif, selon l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), était de « *supprimer les capacités excédentaires dans le domaine hospitalier* »<sup>8</sup>. La loi prône des soins adéquats et une économicité. Elle impose aux cantons d'effectuer une planification sanitaire, d'établir une liste hospitalière et une comptabilité analytique. Aux acteurs privés, elle impose de fournir des statistiques.

La révision de la LAMal en 2004 fixe la répartition du financement entre les assureurs et les cantons, financement lié aux prestations dans un but de plus grande transparence et efficacité, la planification devant « *garantir à toutes les personnes assurées, qu'elles aient ou non contracté une assurance complémentaire, la couverture des besoins en soins* »<sup>9</sup>. Les soins hospitaliers ambulatoires (< 24h) sont entièrement financés par l'assurance de base, les soins hospitaliers dits "résidentiels" (> 24h) sont cofinancés par une subvention de l'Etat, selon le système de tarification forfaitaire "DRG" (Diagnostic related groups) et par les assureurs-maladie, selon le système de tarification par prestation "TARMED".

---

<sup>7</sup> CEPP (2008) Évaluation de la planification sanitaire: quelle mise en œuvre, quels effets ? Analyse à travers quelques services des HUG. Esquisse de projet du 19 mai 2008.

<sup>8</sup> In « Analyse des effets de l'assurance maladie, rapport de synthèse », OFAS, décembre 1991, p. 66.

<sup>9</sup> In : Message pour la révision de la LAMal de 2004.

La révision de la LAMal et de son ordonnance en 2008, entrée en vigueur en 2009, entraîne davantage d'exigences pour les cantons en termes de planification :

- art. 39 al. 2, 2bis, 2ter et 3 LAMal : ces articles concernent notamment la médecine hautement spécialisée, le principe de critères de planification, du libre choix de l'assuré entre un hôpital de son canton ou d'un autre canton (des conventions tarifaires sont à établir). Les EMS seront aussi concernés, la nouvelle loi parlant d'une même couverture pour les EMS que pour les hôpitaux. Ceci conduira à une plus grande transparence des coûts. Les structures intermédiaires pour soulager les familles de personnes âgées sont aussi prévues dans la nouvelle loi, ce qui devrait limiter les hospitalisations et réduire les coûts.

- les nouveaux articles 58a, 58b, 58c, 58d, 58e de l'OAMal concernent les critères de planification qui devront être observés par les cantons : la détermination de l'offre, l'efficacité et la qualité des prestations, le mandat de prestations pour les institutions, etc.

Les exigences fédérales doivent être satisfaites dans un délai de trois ans à compter de la date d'entrée en vigueur de la révision, c'est-à-dire d'ici au 31 décembre 2014.

Au plan cantonal, l'art. 28 de la loi sur la santé (LSan, 7.4.06) prévoit l'obligation pour le Conseil d'Etat de présenter tous les 4 ans une planification sanitaire cantonale au Grand Conseil, comportant notamment les objectifs, les activités, les organismes responsables et les modes de financement. La planification sanitaire comprend le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention ainsi que le plan cantonal d'accès aux soins. Elle implique aussi que le canton fournisse des statistiques et un rapport sur la santé de la population.

Sur la base d'une évaluation de la santé de la population, la planification sanitaire cantonale a pour buts de

- déterminer les *besoins* en soins, compte tenu de l'évolution démographique
- définir les *moyens* de les satisfaire de la façon la plus rationnelle et la plus économique
- garantir des soins appropriés de *qualité*.

### 3. Le rôle des acteurs

---

Le Conseil fédéral est chargé de la surveillance de l'assurance-maladie (art. 21 al.1 LAMal), tandis que la mise en œuvre de la planification et l'élaboration de la liste hospitalière se trouvent sous la responsabilité des cantons (art. 39 al.1 litt.d et e LAMal).

A Genève, le Conseil d'Etat établit la liste des hôpitaux subventionnés (7 publics et 12 privés), ainsi que les contrats de prestations signés avec les établissements subventionnés. Le tarif des prestations fournies par les HUG est fixé par le Conseil d'Etat<sup>10</sup>. Selon l'art. 2 de la Loi sur la santé (LSan), le Conseil d'Etat « élabore la planification sanitaire cantonale ».

L'Etat doit donc veiller à la qualité des soins, l'égalité d'accès à ces soins et une meilleure efficacité. Il a un rôle régulateur et de surveillance, toutefois il n'est pas compétent pour imposer des normes qualitatives.

Le chef du Département de l'économie et de la santé (DES) a défini ses objectifs de législature 2005-2009 comme suit :

---

<sup>10</sup> FAO, 24.10.07.

- créer un réseau de soins répondant aux besoins des personnes quel que soit leur âge, qui favorise le maintien à domicile. L'objectif est d'élaborer un projet de loi-cadre sur le maintien, l'aide et les soins à domicile, des projets de lois d'organisation des soins, une révision de la loi sur l'aide à domicile ;
- mettre en œuvre la politique e-health de la Confédération, l'objectif étant un système de gestion informatisée et commune à tous les partenaires du dossier patient, avec un projet de loi ;
- réaliser un système de veille sanitaire (« données essentielles pour le pilotage du système de soins »), constitué d'un dispositif de récolte d'informations sur la santé de la population. L'objectif est d'améliorer la coordination des activités de prise en charge en vue du maintien à domicile ;
- disposer d'un système d'informations permettant de mieux comprendre les différentes composantes des coûts de la santé;
- créer un concept d'aide médicale urgente. L'objectif est d'intégrer, dans la planification sanitaire urgente, les transports sanitaires urgents, les urgences à domicile et l'accès aux centres d'urgence, via une loi sur l'aide médicale urgente.

***Le Secrétariat général du Département de l'économie et de la santé (DES) (cf. organigramme en annexe 9.6)***

Le Secrétariat général, après la dissolution de l'ancienne "Direction générale des hôpitaux" du DES (actuellement sise aux HUG), est au cœur de la planification cantonale, et concentre beaucoup d'informations. Mais vu l'autonomie des HUG, il n'intervient volontairement pas dans le choix des objectifs et dans la gestion de ceux-ci.

***La Direction générale de la santé (DGS) du DES***

Selon l'art. 8 LSan, « *la direction générale de la santé accomplit toutes les tâches de planification et de gestion du domaine de la santé qui ne sont pas attribuées à une autre autorité* ».

En fait, jusqu'en 2000, les priorités de la DGS portaient essentiellement sur la promotion de la santé (i.e. la "planification sanitaire qualitative"), et il faut attendre les priorités 2006-2007 du 26.9.06 pour constater des incidences sur la planification cantonale. Les priorités sont données à :

- la planification et au système d'information, avec comme objectifs de :
  - intégrer la planification médico-sociale dans la planification globale et finaliser un plan cantonal des soins conformément à la LSan;
  - élaborer un réel plan d'utilisation du système d'information après l'audit de Visage (cf. ch. 5.1);
  - effectuer la mise en oeuvre et le suivi des indicateurs.
- la promotion de la santé et la prévention, à savoir :
  - l'élaboration du plan cantonal avec 3 objectifs prioritaires;
  - la liste des besoins en données pertinentes.

***La Commission de planification du système de soins hospitaliers***

Créée en 2001 par Arrêté du Conseil d'Etat (RD 483, p.61), la Commission s'est réunie 14 fois (avril 2002 à novembre 2007). Elle était présidée par un membre de la direction de la DGS et composée de représentants de: Santésuisse, Association des médecins de Genève, Association des cliniques privées, HUG, FSASD, Faculté de médecine, un représentant des

patients, deux experts (médecin et avocat)<sup>11</sup>. Elle avait notamment pour mission de formuler des propositions sur la planification du système de soins 2002-2004, en vue de l'adaptation de l'offre hospitalière aux besoins de santé<sup>12</sup>. La commission a élaboré les bases du rapport RD 483, déposé au Grand Conseil le 16 avril 2003. Elle a été dissoute le 30 novembre 2007. Toutefois, la révision de la LAMal, entrée en vigueur le 1.1.09, oblige le canton à reprendre sa réflexion concernant la planification.

### ***La Commission quadripartite***

La commission quadripartite a été créée en 2003 par le Conseiller d'Etat en charge du DES, M. Pierre-François Unger. Elle est composée de représentants de l'Etat (présidence: DGS), des HUG, de l'AMG, de l'AMIG et des cliniques privées. Elle doit essentiellement gérer la clause du besoin<sup>13</sup> en lien avec la planification. La DGS décide de l'attribution des droits de pratique, sur recommandation de cette commission quadripartite.

En particulier, elle doit gérer le nombre limité de droits de pratique accordés aux médecins (entrées/sorties, exceptions<sup>14</sup>) et la redistribution des droits de pratique libérés. La règle veut que si le droit de pratique n'est pas utilisé pendant plus d'un an, il est perdu et redonné à un jeune médecin<sup>15</sup>. Selon certains de ses membres, une réelle planification doit soutenir l'attribution de ces droits de pratique.

Entre 2006 et 2008, deux critères ont été utilisés pour l'attribution de ces droits: le renouvellement par spécialité (i.e. la moyenne d'âge des médecins par spécialité) et la charge de travail estimée par les chefs de groupe de l'AMG. Ce deuxième critère n'est pas un indicateur très fiable car certains médecins avouent être surchargés, tandis que d'autres préfèrent s'assurer leur clientèle et prétendent que tout va bien.

Le règlement prévoit qu'un médecin qui prend sa retraite peut transmettre son droit de pratique à son successeur : c'est la procédure dite "de gré à gré". Selon certains, un commerce de ces droits de pratique existe (un versement d'un "pas de porte" de 200'000.- à 300'000.-), ce qui peut représenter parfois une forme de troisième pilier pour ces médecins.

L'AMIG a quitté la commission quadripartite en juillet 2008 car elle ne voulait pas cautionner la méthode actuelle.

A noter que les autres cantons ont apparemment moins de problèmes, puisqu'il n'y a pas de liste d'attente pour demander un droit de pratique et les médecins peuvent s'y installer très facilement. Cela serait dû au fait que ces médecins acceptent plus volontiers de changer de lieu de travail que cela n'est le cas à Genève.

---

<sup>11</sup> Liste des membres au moment de sa création : Président: Claude-François Robert (DGS). Membres: Nicole Blanchard (DGAS), Claude de Senarclens (AMG), Pauline de Vos (DASS), Nicolas Froelicher (Association des cliniques privées), Anne-Marie Graf (DGAS), Bernard Gruson (HUG), Michel Mansey (FSASD), Nicola Marzo (DGAS), Louis Moeri (Santésuisse), Thomas Perneger (Faculté de Médecine), Alain Riesen (repr. des patients), Philippe Schaller (expert, médecin), Bernard Ziegler (expert, avocat).

<sup>12</sup> L'objectif était selon les termes du chef du DASS « de type politique et non technique » (procès-verbal de la 1ère séance du 15.4.02)

<sup>13</sup> Le principe de la clause du besoin a été introduit dans la LAMal (art. 55a) en 2000, et le 4.7 2002, l'ordonnance limitant le nombre de fournisseurs de prestations autorisés à pratiquer à charge de la LAMal (valable que pour les médecins) est entrée en vigueur. L'ordonnance a été prolongée le 4 juillet 2005 jusqu'au 3 juillet 2008. Le 25 juin 2008, elle a été prolongée par le Conseil fédéral jusqu'à fin 2009, suite à l'adoption des modifications de la LAMal par les Chambres fédérales et pour éviter un vide juridique.

<sup>14</sup> Certains médecins n'utilisent pas leur droit de pratique, d'autres sont partis à l'étranger ou sont décédés.

<sup>15</sup> Il y a deux types de droit de pratique : celui de pratiquer la médecine, sans être remboursé, et celui qui permet d'être remboursé « à charge de la LAMal »



Certains évoquent une conséquence inattendue du moratoire sur les droits de pratique: les médecins resteraient plus longtemps aux HUG, se spécialiseraient pendant cette période et, lorsqu'ils "sortent" des HUG, il y a de plus en plus de spécialistes, et de moins en moins de généralistes. Cette tendance reste toutefois à confirmer.

### ***Les Hôpitaux universitaires genevois (HUG)***

Les Hôpitaux universitaires de Genève ont été regroupés en 1995 (Hôpital cantonal, Hôpital de Loëx, cliniques de Beau-séjour, Belle-Idée, Cesco, etc.). Les HUG constituent "un" des trois "établissements publics médicaux" au sens de l'art.1 LEPM. Au contraire des deux autres établissements (cliniques de Joli-Mont et de Montana), les HUG ont la particularité d'être un établissement composé de "services médicaux" (art.19), lesquels sont répartis sur tout le territoire en quatre sites (Cluse-Roseraie, Belle-Idée, Loëx, Cesco) et une quarantaine de structures ambulatoires.

L'activité des HUG est définie dans le contrat de prestations des HUG 2008-2010<sup>16</sup> qui lie ces derniers à l'Etat de Genève (DES) et qui s'appuie sur le plan stratégique des HUG 2006-2010 attaché au contrat. Ce plan est un document central de la politique cantonale. Il est conçu comme un « outil de pilotage » et un document de référence, approuvé par le conseil d'administration chargé de rapporter aux pouvoirs publics. Le chef du DES y siège, c'est donc à lui qu'incombe la tâche de répercuter à son administration les informations et de donner les directives adéquates. Outre la mission - soins de proximité et soins de référence -, les valeurs, l'analyse du contexte (évolution de la demande, des problèmes de santé, des attentes du public et de l'Etat, l'évolution de l'offre), le plan stratégique inscrit divers objectifs comme le décloisonnement des soins, le renforcement des relations avec des partenaires externes comme les CASS et une meilleure maîtrise des coûts. Une vision stratégique indique les axes de développement, compte tenu notamment de la nécessité de répartir les compétences entre les hôpitaux universitaires, un partenariat privilégié avec le CHUV et d'autres établissements de Suisse romande et de France voisine.

Le conseil d'administration des HUG, sous réserve des compétences du Grand Conseil et du Conseil d'Etat, est investi des pouvoirs les plus étendus pour la gestion de l'établissement<sup>17</sup>. Il approuve la politique des soins de l'établissement, adopte le budget d'exploitation, le budget d'investissement et les comptes de clôture. Il négocie et adopte également les conventions avec la Fédération genevoise des caisses-maladie, ainsi que les autres tarifs.

Dans le contrat de prestations, on peut lire que ce document constitue « *l'outil de contrôle politique de l'indemnité versée aux HUG pour assurer leur mission* ». Il confirme la mission de service public et celle d'hôpital de proximité. Il définit les prestations fournies par les HUG, l'engagement financier de l'Etat et des indicateurs de performance. Concernant le suivi, l'hôpital doit fournir des rapports trimestriels et annuels à l'intention du conseil d'administration, lequel rapporte ensuite au Conseil d'Etat et au Grand Conseil. Un groupe de suivi interne (2 représentants des HUG, 2 du DES) se réunit une fois par an pour évaluer l'application du contrat de prestations.

### ***Les cliniques privées***

La situation genevoise se caractérise par une abondance de l'offre dans le secteur des cliniques privées. Celles-ci n'ont actuellement aucune obligation de délivrer leurs chiffres, ce qui rend

---

<sup>16</sup> Contrat de prestations entre l'Etat de Genève et les HUG 2008-2010, juin 2008 ; Plan stratégique des HUG 2006-2010, janvier 2006

<sup>17</sup> Loi sur les établissements publics médicaux (K 2 05) (LEPM), art. 7 al.2.

difficile une planification générale et une régulation de l'offre. La révision 2009 de la LAMal leur impose de nouvelles obligations à cet égard.

### ***Les établissements médicaux-sociaux (EMS)***

Le moratoire de juin 1992 pour la construction de nouveaux EMS, prolongé en 1996, a été levé en 2000. En 2001, le plan directeur "EMS 2010", basé sur une évaluation des besoins, prévoit la construction de 20 nouveaux EMS. En septembre 2008, au total 51 EMS étaient reconnus (cf. chap.4.4 concernant la nouvelle planification en cours).

### ***Le réseau de soins, d'aide et d'accompagnement permettant le maintien à domicile***

La Direction générale des centres d'action sociale et de santé et du réseau de soins (DGCASSRS) pilote :

- a) le réseau de soins, d'aide et d'accompagnement permettant le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie partielle ou provisoire, mais dont l'état de santé ou de dépendance ne nécessite pas un placement de longue durée ou une hospitalisation. Il s'agit notamment de l'aide et des soins à domicile, des structures intermédiaires (accueil de jour/de nuit ou séjours de courte durée, logements à encadrement social), et du soutien aux aidants naturels ;
- b) le dispositif d'accès à ces soins ;
- c) le versant sanitaire des centres d'action sociale et de santé (CASS), répartis sur l'ensemble du canton, afin d'assurer un service de proximité à la population.

### ***L'Institut de médecine sociale et préventive (IMSP)***

L'IMSP, à la suite d'une évaluation qualitative (cf. "Planification sanitaire qualitative" 1999-2002), a défini la politique de prévention et de promotion de la santé du canton. Mais son impact actuel sur des choix stratégiques est peu perceptible.

### ***Acteurs au-delà du canton***

Aux plans intercantonal et national, on relève quatre acteurs ayant un rôle en matière de planification sanitaire :

#### ***La Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)***

Elle tient lieu d'organe de coordination des 26 membres des gouvernements cantonaux responsables de la santé publique. Elle a pour but de promouvoir la collaboration entre les cantons et avec la Confédération, et de veiller à la collaboration avec d'importantes organisations du domaine de la santé publique. Elle a institué en 2004 un comité, dans lequel siège un représentant genevois du secrétariat général du DES, qui est chargé d'élaborer des recommandations pour la mise en œuvre de la planification hospitalière des soins somatiques aigus.

#### ***L'Office fédéral de la santé publique (OFSP)***

La compétence pour la planification sanitaire appartient aux cantons, la Confédération fixant le cadre général. Ce n'est qu'au travers des recours (selon l'art. 53 LAMal<sup>18</sup>) que l'OFSP a des contacts avec les cantons. Ces recours ont peu à peu permis l'établissement d'une jurisprudence. L'OFSP ne détient pas d'informations précises sur l'état de la planification sanitaire genevoise, il n'a pas de rôle de surveillance d'application de la loi, et il ne sait donc

---

<sup>18</sup> L'art. 53 al.1 LAMal prévoit que les décisions des gouvernements cantonaux peuvent faire l'objet de recours auprès du Tribunal administratif fédéral (Section 4: Tarifs et prix)

pas si les exigences posées en 2001 par le Conseil fédéral (cf. ch.4.2) sont remplies depuis lors ou non. La Confédération pourrait tout au plus procéder à une nouvelle évaluation de l'application de la loi et de ses effets<sup>19</sup>.

#### ***L'Observatoire suisse de la santé (Obsan)***

Il a pour mission de mettre à disposition des informations permettant d'aider les autorités à prendre leurs décisions.

#### ***L'association faîtière des assurances-maladie : Santésuisse***

En janvier 2008, les cantons et les partenaires tarifaires de l'assurance-maladie ont fondé une société anonyme d'utilité publique (SwissDRG SA) dans le but d'harmoniser à l'avenir la structure tarifaire dans les hôpitaux et de la rendre plus claire et plus transparente pour les patients.

A Genève, Santésuisse<sup>20</sup> est représentée au conseil d'administration des HUG. Elle faisait également partie de la Commission de planification du système de soins hospitaliers.

## **4. Les instruments de planification**

---

*« La planification sanitaire vise à réguler la capacité hospitalière tout en tenant compte des nouveaux besoins de santé »<sup>21</sup>.*

La planification sanitaire cantonale prévoit huit instruments décrits ci-dessous :

### **4.1. Le plan cantonal d'accès aux soins**

Ce plan est prévu dans la LSan (art. 30) et le RD 483. A ce jour, il n'a pas été rédigé.

### **4.2. La planification sanitaire quantitative**

La planification quantitative devrait permettre, dans une situation de concurrence entre secteur de soins public et secteur de soins privé, de trouver « *une voie moyenne entre la pléthore et la pénurie* » (RD 483). Le nombre de lits hospitaliers a diminué depuis le processus mis en place par le RD 281, alors que le nombre de prestations ambulatoires a augmenté.

#### *a) La planification hospitalière*

La planification hospitalière actuelle n'a pu se mettre en place à Genève que depuis 2001 (RD 483, p.45, annexe 9.1, p.25), les autorités sanitaires ayant dû attendre la décision du Conseil fédéral de novembre 2001 suite au recours de la Fédération générale des assureurs-maladie (FGAM) du 29.1.98 contre la liste hospitalière.

Le Conseil fédéral a demandé au canton de tenir compte de certains principes comme la distinction aussi nette que possible entre les catégories de lits, la détermination de la demande et la capacité nécessaire pour la couverture des soins, l'établissement de données pour chaque catégorie de prestations, et d'envisager une diminution de la durée moyenne de séjour lors de la planification hospitalière postérieure à 2001.

---

19 Cf. « Analyse des effets de l'assurance maladie, rapport de synthèse », OFAS, décembre 1991.

<sup>20</sup> Santésuisse va fermer son bureau de Genève et ne maintiendra qu'un seul bureau en Suisse romande: celui de Lausanne.

<sup>21</sup> in : Planification sanitaire 2003-2010, site de l'Etat de Genève.

De son côté, la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a établi en 2005 un guide à l'usage des cantons pour mettre en place, en 10 étapes, une planification hospitalière<sup>22</sup>.

A Genève, la planification hospitalière du système de santé 2003-2010, en cours depuis 2003, pose quatre objectifs en matière de planification hospitalière<sup>23</sup>:

1. réduire l'offre en journées d'hospitalisation (tant pour le public que pour le privé);
2. instaurer une régulation de l'offre quantitative;
3. favoriser l'adaptation de l'offre aux besoins à long terme;
4. mettre en place un système d'information pour éclairer les décisions en matière de planification.

Il est prévu d'atteindre une réduction de la capacité actuelle des HUG de 275 équivalents-lits de soins aigus en 2010, soit -12.6% des journées d'hospitalisation. Cette réduction prend en considération l'augmentation prévue des lits de maternité et les transferts de lits entre les sites hospitaliers.

Par ailleurs, le Conseil d'Etat a constaté que le secteur public a atteint dans une large mesure les objectifs de l'ancienne planification, alors que le secteur privé évolue en dehors de ce cadre, auquel il n'était d'ailleurs pas soumis<sup>24</sup>.

De son côté, la CEPP a observé trois éléments concrets en matière de planification hospitalière :

- *la liste hospitalière* : la décision d'inscrire un établissement dans la liste hospitalière est prise par le secrétariat général du DES (la preuve du besoin doit être faite), et la liste est sujette à recours. La liste actuelle a été créée en avril 2004. Pour les cliniques privées, l'avantage de figurer sur la liste hospitalière est double: elle est reconnue officiellement par l'Etat et elle peut facturer toutes les prestations de base à l'assurance maladie, sans lien avec le nombre de médecins employés. Pour Santésuisse, l'avantage de cette liste est de permettre davantage de contrôle sur les prestations ambulatoires. Les HUG transmettent leurs chiffres à l'Office cantonal de statistiques (OCSTAT) qui les envoie à l'Office fédéral de statistiques (OFS) qui lui les renvoie à la DGS ; celle-ci ne reçoit pas de données directement de l'hôpital.

- *le Plan Victoria* : ce plan, élaboré dans le cadre d'économies exigées par l'Etat, comprend trois axes : éviter les pertes, trouver de nouvelles recettes, augmenter l'efficacité. Il repose sur trois personnes: le directeur général des HUG, le directeur médical et celui des soins. Les informations sont transmises au comité de direction et au conseil d'administration, mais ni la DGS ni le secrétariat général ne les reçoivent.

- *l'agrandissement de la Maternité des HUG* : le projet de loi PL 9422<sup>25</sup>, déposé en novembre 2004 et adopté en mai 2005, prévoit la construction de trois nouveaux blocs opératoires à la Maternité des HUG, 12 nouvelles salles d'accouchement, 22 nouveaux lits de prématurés (néonatalogie) et 130 lits d'hospitalisation contenus dans des chambres à deux lits (dont 92 lits

---

22 Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations, Berne, juillet 2005.

23 Rapport du Conseil d'Etat concernant la planification hospitalière du système de santé genevois 2003-2010, RD 483, 16 avril 2003.

24 Rapport du Conseil d'Etat concernant la planification hospitalière du système de santé genevois 2003-2010, RD 483, 16 avril 2003.

25 Projet de loi du Conseil d'Etat ouvrant un crédit d'investissement de 86 931 000 F pour la construction et l'équipement de la 3e étape (phase 3.1 et 3.2) de la Maternité (PL 9422), déposé le 11 novembre 2004.

d'obstétrique). A la fin de la phase 3.3, programmée pour 2012, la Maternité devrait permettre 4200 naissances par année (3800 naissances durant la 1<sup>ère</sup> phase).

#### *b) La planification ambulatoire*

Si le nombre de lits en soins hospitaliers a diminué, le nombre de traitements ambulatoires a augmenté depuis 2004. Cela est dû principalement au « virage ambulatoire » des HUG<sup>26</sup> : les activités ambulatoires s'y sont fortement développées dès l'entrée en vigueur du TARMED, d'une part à cause de la baisse de l'activité ambulatoire en cliniques privées (transfert d'activités ambulatoires du privé au public), et d'autre part à cause de la baisse de l'activité hospitalière de type résidentiel (>24h).

L'Etat de Genève n'ayant pas de compétences légales dans ce domaine, la planification ambulatoire a été confiée depuis 2005 à la Commission quadripartite.

#### **4.3. La planification sanitaire qualitative (PSQ)**

Le projet, débuté en 1999 sous l'égide de l'IMSP et axé essentiellement sur la prévention, a été suspendu en 2002.

Le *Plan cantonal de promotion de la santé et de la prévention 2007-2010*, de novembre 2006, ultérieur au RD 483, et qui s'inscrit dans la planification qualitative, définit 3 objectifs : promouvoir une alimentation saine et une activité physique régulière, retarder l'âge de la première consommation d'alcool, mettre en œuvre la démarche de l'Alliance contre la dépression. Le financement est en voie d'élaboration (cf. Décision du CE du 25.2.09).

#### **4.4. La planification médico-sociale**

Dans ce secteur, le canton dispose des instruments suivants :

- le *Plan directeur EMS 2010*, du 19.10.01 vise à un contrôle des coûts en EMS. Une planification cantonale pour les EMS 2010-2020 est annoncée par le Conseil d'Etat.
- le *projet de loi sur les établissements pour personnes âgées*, du 19.11.2008 (J7.20) précise les conditions d'accueil, d'hébergement et de soins « de qualité » dans les EMS subventionnés et les résidences pour personnes âgées.

#### **4.5. Le réseau de soins et le maintien à domicile**

La loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile du 26.6.2008<sup>27</sup> (K1.06) vise à une coordination dans le secteur médico-social<sup>28</sup>. Elle apporte une réponse aux enjeux de politique publique liés notamment au vieillissement de la population en imposant une organisation du réseau de soins en privilégiant le maintien à domicile.

Cette loi met à disposition de l'Etat un instrument de pilotage du système de soins cantonal, c'est un véritable « changement culturel » vers plus de centralisation, qui va permettre de mieux aiguiller les gens. La loi repose sur 3 piliers : un plan stratégique du réseau de soins et un système d'évaluation des besoins (art. 10), le maintien à domicile, une commission de coordination (art. 11).

---

26 soit un volet polyclinique avec des soins ambulatoires de moins de 24 heures, et des financements différents (par l'assurance de base et non par le canton).

27 Le DES dans son communiqué de presse du 27.6.08 affirme qu'il dispose de deux ans pour mettre en œuvre les dispositions de la loi.

28 Art 5, al. 2 : Le réseau de soins vise à garantir la qualité et l'efficacité des prestations en veillant à la maîtrise de leurs coûts, quel que soit leur lieu d'intervention.

#### 4.6. **La planification dans le domaine du handicap**

Lors de la scission du DASS en DES et DSE, l'étude qui avait été effectuée sur la planification dans ce secteur n'a pas été reprise par le nouveau DSE qui a fait refaire le travail<sup>29</sup>.

#### 4.7. **La planification intercantonale**

Une approche par répartition de pôles de compétences s'est mise en place en 1994 et s'est concentrée sur la neurochirurgie. En juin 2008, deux accords médicaux ont été signés entre Vaud et Genève: le premier porte sur la régulation financière des activités hospitalières entre les deux cantons; le deuxième, sur la mise en place d'une collaboration étroite dans le domaine de la chirurgie orthopédique.

Une Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée<sup>30</sup> (CIMHS) a été signée par la CDS en mars 2008, visant à une meilleure « coordination de la concentration ». Un organe de décision détermine les domaines de la médecine hautement spécialisée et prend les décisions de planification et d'allocation. Une loi d'adhésion à cette convention a été approuvée le 26.11.08 par le Parlement genevois<sup>31</sup>. Les cantons ont jusqu'au 31.12.2014 pour se mettre d'accord sur une première définition du périmètre de la médecine hautement spécialisée et sur le choix des sites. La même année, la LAMal révisée imposera une planification en la matière (faute de majorité, c'est la Confédération qui tranchera). Selon nos sources, la Confédération ne prévoit pas d'être active dans ce domaine, ce sera plutôt la CDS.

#### 4.8. **La planification transfrontalière**

Trois secteurs sont concernés<sup>32</sup>: les hospitalisations aux HUG, la mise en réseau des centrales d'urgence médicale, la planification hospitalière. Les HUG et le CHUV sont inscrits dans le Schéma Régional d'Organisation sanitaire (SRO, France).

---

29 Document pas disponible.

30 17 cantons doivent l'approuver pour qu'elle soit effective, entrée en vigueur prévue le 1.1.2010. Santésuisse est représentée avec voix consultative.

31 Loi autorisant le Conseil d'Etat à adhérer à la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée, 5.12.08, K 2 20.

32 Source : CRFG (comité régional franco-genevois).

## 5. Les instruments de suivi

---

Les objectifs de législature du DES prévoyaient d'inventorier et de consolider les sources de données existantes sur les plans cantonal, régional et fédéral, d'établir les contrats de collaboration nécessaires afin de garantir la transmission des données par les entités les produisant, de développer un outil informatique performant, de traiter et analyser les données pour déterminer la composition des coûts de la santé.

Dans son rapport sur le RD 483, le Conseil d'Etat relevait « *la nécessité de se doter d'instruments de pilotage* »<sup>33</sup> pour la planification de la santé, et que « *la mise sur pied d'un véritable système d'information constitue une priorité* ». Il relevait aussi qu' « *à ce jour, le système d'information ne permet pas une prise en charge rationnelle des besoins en soins hospitaliers* »<sup>34</sup>.

### 5.1. Système d'information

- *Visage*<sup>35</sup>: un système d'information sanitaire (i.e. une base de données et des indicateurs régulièrement mis à jour) a été élaboré en 2000 et devait permettre le pilotage de la politique de santé. Quatre volets étaient prévus : système de soins, cancer, vieillissement de la population, gestion de l'information en situation de crise. Les crédits ont été votés en 2002 (Fr. 966'000.-, PL 8602), le projet lancé en 2003, stoppé en 2005 par décision du secrétariat général, sans raison explicitée. Il a fait l'objet d'un audit en octobre 2006<sup>36</sup> (les résultats n'ont pas été publiés) qui a conclu que le système ne permettait pas de résoudre les problèmes de base, à savoir l'accessibilité des données, que les besoins en information de la DGS n'étaient pas couverts, que le choix d'un modèle très complexe n'était pas pertinent, qu'il y avait des perceptions différentes sur la finalité du projet selon les utilisateurs, d'où des frustrations et des doutes sur son utilisation. Certains résultats ont toutefois été produits (supports, produits spécifiques, développement d'une méthodologie de gestion de l'information, rassemblement de partenaires de santé autour d'un projet transversal), d'autres ont continué d'être suivis (chutes des personnes âgées, maladies mentales).

Les objectifs de *Visage* ont été repris dans un nouveau projet intitulé *Sémaphore*. *Visage* a également « inspiré » le système de *Veille sanitaire*, qui n'est pas en place, faute de moyens. Le projet prévoyait d'inventorier les sources de données existantes sur les plans cantonal, régional et national, d'établir des contrats de collaboration nécessaires pour garantir la transmission des données, d'adapter l'outil informatique aux besoins du système de veille, d'analyser les programmes de santé au regard de ces données et des besoins définis, au besoin d'ajuster ou d'en définir de nouveaux.

- *e-toile*: le Conseil d'Etat, se référant aux RD 281 et 483, a élaboré en 2005 un projet de loi sur le réseau communautaire d'informatique médicale du système de santé du canton de Genève (LRCIM, K 3 07). Un dossier informatisé permet en effet d'améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge sanitaire, avec une plus grande transparence des

---

33 RD 483, p.18.

34 Op.cit., p.28.

35 *Visage*: Valorisation des informations sur la santé à Genève.

36 Cf. Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation urgente de M. Alain Charbonnier, « Antares, qui, quoi, combien? » novembre 2006.

données (ex: le réseau DELTA<sup>37</sup> à Onex qui fonctionne avec l'appui des assureurs). Le dossier médical aurait été accessible par une carte individuelle de santé. Le chef du département avait demandé un crédit de 20 millions, crédit qui lui a été refusé. Le projet a ensuite été révisé à la baisse et une nouvelle loi a été adoptée le 14.11.08 par le Grand Conseil. Le projet a donc redémarré en janvier 2009<sup>38</sup> sous la forme d'un projet pilote de 3 ans en partenariat avec la Poste (et non plus lié à un crédit d'investissement, comme le projet initial). C'est le premier projet en la matière en Suisse<sup>39</sup>. Il est soutenu par l'OFSP et permettra de tirer des enseignements au niveau national.

## 5.2. Statistiques et indicateurs

*« La planification doit s'appuyer sur des indicateurs fiables, reproductibles, décrivant tant les structures, leur capacité d'hébergement, leurs activités et les flux qui s'établissent entre elles. En l'absence d'un véritable système d'information sanitaire cantonal, la compilation, la comparaison et l'analyse de ces données ne sont qu'à un stade préliminaire » (RD 483, p. 52).*

Les informations des HUG ou du secrétariat général ne sont pas transmises directement à la DGS. Il n'existe pas d'indicateurs sur les besoins à la DGS. Des données à ce sujet sont pourtant relevées par les HUG.

Des statistiques détaillées (journées-lits, journées d'hospitalisation par dpt., diagnostics, traitements, personnel, comptabilité financière, etc.) des HUG et des cliniques privées sont transmises chaque année à l'OCSTAT (cf. Statistiques des établissements de santé (soins intra muros), statistique des hôpitaux), qui les vérifie et les envoie à l'OFS. La DGS reçoit ensuite les données de l'OFS, après un certain nombre de vérifications ou de modifications. Malgré l'aspect exhaustif de ces données, elles sont relativement obsolètes au moment où elles parviennent à la DGS (ex: les données pour l'année 2006 sont reçues en 2009, soit trois ans après). Les statistiques de l'assurance-maladie sont également publiées avec trois ans de décalage (cf. OFSP, 2008: Chiffres-clés des hôpitaux suisses en 2005).

Le canton évoque, à propos de montants facturés<sup>40</sup>, un problème de compatibilité entre les données de la Confédération, des assureurs et des HUG<sup>41</sup>. Ceci est confirmé par Santéuisse.

Deux outils de suivi ont été introduits au DES, dont l'un a été abandonné :

- le système PLAISIR pour faire des études, par exemple sur les patients de l'Hôpital de Loëx (HUG). PLAISIR est en place pour les EMS, mais n'est pas strictement appliqué. Selon Santéuisse, c'est un bon outil d'évaluation, également utilisé dans le canton de Vaud.

- le système PODA<sup>42</sup> (programme informatique) a été abandonné.

---

37 Réseau médical d'Onex : les médecins membres du réseau se réunissent régulièrement, échangent sur les cas.

38 Cf. FAO du 19.1.09.

39 Avec le projet de carte d'assuré LAMal au niveau fédéral (OFAS), et le projet de carte santé au Tessin.

40 Les DRG sont appliqués depuis 2006 pour facturer les prestations au canton et pour planifier les coûts (selon des scénarios démographiques).

41 NB : Les statistiques de l'OFS sont différentes de celles de Santéuisse qui n'englobent que les coûts facturés aux caisses maladie.

42 Pas d'information disponible.



## 6. Développements récents

---

### 6.1. Au plan cantonal

La réforme du financement hospitalier est entrée en vigueur à Genève le 17 octobre 2007. Elle modifie la tarification des soins. Depuis la date de sa mise en œuvre, la facturation est effectuée en fonction d'un forfait lié au diagnostic (DRG: "*diagnosis related groups*" ou "*points par diagnostic*"), et non pas selon les journées d'hospitalisation. Le but étant de réguler la concurrence entre les établissements car ils devront expliquer la différence de coût pour le même traitement. De plus, le système de facturation par DRG s'inscrit dans une politique de transparence des coûts. Selon l'analyse de P. Indra (2004)<sup>43</sup>, cette réforme pourrait avoir un impact sur la qualité des soins, car le passage à une rémunération forfaitaire inciterait les prestataires de soins à privilégier les aspects financiers au détriment des nécessités médicales.

Un projet de planification hospitalière, basé sur les besoins estimés de la population, vient de débiter et devra tenir compte des exigences fédérales.

Le projet de monitoring des coûts, intitulé Mercure, est en cours. Le but est de fournir un tableau trimestriel d'indicateurs, et un site internet. Ce projet correspond à un objectif de législature, mais il est doté de peu de moyens. Cet instrument a été officiellement lancé le 8 mai 2009, sous le titre "Suivi trimestriel de prestations de santé à Genève" (cf. Communiqué de presse du Département de l'économie et de la santé, cf. site [www.ge.ch/couts\\_sante](http://www.ge.ch/couts_sante)).

La gestion du réseau de soins est influencée par le libre choix de l'hôpital. En septembre 2007, le Conseil des Etats a mis un double frein au libre choix pour les assurés<sup>44</sup> lors de sa cinquième séance de la session d'automne (24.09.2007). Selon l'arrêté fédéral du 21 décembre 2007, la LAMal a été modifiée, permettant au patient de choisir l'établissement où il ira se soigner, mais pour autant que celui-ci figure sur la liste des établissements du canton concerné (art. 41 al.1). Or, la couverture des frais, que se partagent la caisse maladie et le canton de l'assuré à raison de respectivement 45% et 55%, doit se limiter au tarif pratiqué dans le canton de résidence du patient (art. 41 al.1*bis* et *1ter*). Si les soins pratiqués dans un autre canton sont plus chers, la différence sera payée par l'assuré lui-même, ou par son assurance complémentaire. Ainsi, seuls les bénéficiaires d'assurances complémentaires profiteront réellement du libre choix. Si le libre choix avait été appliqué aux assurés de base, les coûts supplémentaires à la charge des cantons auraient été de 460 à 600 millions<sup>45</sup>.

### 6.2. Au plan fédéral

- Le projet de « **Stratégie Cybersanté (eHealth) Suisse** » a été lancé début 2008, le secrétariat étant assuré par l'OFSP. Cette stratégie doit contribuer à « *garantir à la population suisse l'accès à un système de santé de qualité, efficace, sûr et avantageux financièrement* »<sup>46</sup>. Le projet eHealth (services de santé en ligne) implique l'utilisation des technologies de l'information et de la communication pour l'organisation, le soutien et la mise en réseau de

---

43 Dr P. Indra, "Einführung der SwissDRGs in Schweizer Spitälern und ihre Auswirkungen auf das schweizerische Gesundheitswesen", Zürich (Schriftenreihe SGGP 80) 2004, p. 258.

44 ZUBLER Valentine, "Choisir librement votre hôpital? Pas gagné d'avance!", in: Tribune de Genève, 25.09.07, p.8.

45 ARSEVER Sylvie, "Qui va payer pour les hôpitaux et les soins infirmiers? Cantons et caisses s'affrontent", in Le Temps, Genève le 18 septembre 2007.

46 OFSP, 27.6.2007.

tous les processus et partenaires impliqués dans le système de santé. Un représentant du canton de Genève est dans le comité de pilotage du projet.

- L'Observatoire suisse de la santé a édité, en décembre 2008, un document<sup>47</sup> proposant un **modèle de projection du recours aux soins hospitaliers** afin de fournir un outil d'aide à la planification hospitalière. Ce modèle se base sur les nouvelles dispositions de la LAMal et de l'OAMal et permet de « *projeter l'évolution future du nombre de cas et de journées d'hospitalisation par DRG pour un canton ou un groupe de cantons. Avec ce modèle, l'Observatoire suisse de la santé propose donc un outil permettant de connaître l'évolution future des besoins sanitaires de la population* » (op.cit.).

- La révision de la LAMal et de l'OAMal est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Les cantons doivent appliquer les nouveaux principes de planification d'ici le 31.12.2014, les DRG devant être mis en place parallèlement. Selon l'OFSP, l'OAMal (cf. annexe 9.3: art. 58a, 58b, 58c, 58d, 58e) est l'instrument de planification mis en place par la Confédération au vu des critiques des cantons - les critères de la LAMal n'étaient pas clairs - et des exigences fixées par les modifications de la loi (cf. jurisprudence). La nouvelle loi ne fait plus la distinction entre hôpitaux publics et privés, le critère unique étant qu'ils figurent sur la liste hospitalière.

Les conséquences de cette révision de la LAMal sont essentiellement :

- une planification plus centralisée au niveau fédéral;
- la révision oblige en particulier le canton à donner une nouvelle forme à la commission de planification;
- un nouveau système de financement prévu aux art. 41 et 49 LAMal, y compris les traitements hors du canton de domicile. Des conventions tarifaires peuvent être conclues entre assureurs et hôpitaux ne figurant pas sur la liste hospitalière, ce qui aura aussi des incidences sur la planification, les patients pouvant à l'avenir plus facilement se faire traiter hors de leur canton de domicile. « *A ce jour, la LAMal n'offre pas de base légale permettant de recueillir les indications des fournisseurs de prestations dans le secteur ambulatoire. Selon la nouvelle disposition de l'art. 22a, les bases sont créées, avec les modifications prévues, afin que ce domaine puisse également être intégré. Cet élargissement des bases légales fait qu'il sera possible à l'avenir d'exposer statistiquement non seulement les dépenses de l'assureur - maladie, mais aussi les données relatives aux fournisseurs de prestations du secteur ambulatoire ainsi qu'à leurs prestations.* »<sup>48</sup>
- une obligation pour tous ceux qui sont inclus dans la planification d'avoir une chambre commune. Les cliniques privées qui figureront sur la planification hospitalière du canton pour des lits en chambre commune devront fournir des données (statistiques et comptabilité analytique) à l'Etat et aux assureurs concernant les coûts imputables. Or, s'il y a des lits en chambre commune, l'Etat devra payer 50% des prestations, ce qu'il ne fait pas actuellement. Un nombre équivalent de lits créés dans ces cliniques devront être supprimés aux HUG pour maintenir les coûts et un nombre stable.

Les modifications apportées à la législation fédérale vont entraîner davantage d'exigences en termes de planification pour les cantons. Selon l'OFSP, les cantons vont avoir besoin de temps pour mettre en œuvre ces modifications. C'est en fait un compromis entre la planification et la libre concurrence. La « commission d'application de la LAMal » de la CDS

---

47 « Modèle de projection du recours aux soins comme outil d'aide à la planification hospitalière », document de travail 32, OBSAN, SCRIS, Service de la santé publique du canton de Fribourg, décembre 2008.

48 Commentaires de l'OFSP sur la révision de l'OAMal du 27.6.1995 (entrée en vigueur au 1.1.09).

a institué un groupe de travail composé de techniciens, dont un représentant de la DGS, pour travailler sur les critères et les outils qui devront permettre de répondre à ces nouvelles exigences de la LAMal en matière de planification.

Santésuisse estime que la révision de la LAMal aura des effets sur les coûts, lesquels seront plus particulièrement ressentis à Genève, au vu du nombre élevé de cliniques privées.

Pour la FMH, le libre choix de l'hôpital dès 2012 entraînera un « dumping » et des difficultés dans la transparence des données relatives aux tarifs.

## **7. Principaux constats**

---

### **7.1. Concernant la conception de la politique publique**

Une planification sanitaire requiert :

- une volonté politique
- une vision globale, une définition des objectifs et des priorités
- une évaluation et une cartographie des besoins
- un système de pilotage transparent
- des moyens, des instruments de planification et de gestion, des indicateurs
- un système d'information (aide à la décision).

Les objectifs du RD 483 et les 4 objectifs de législature 2005-2009 du chef du DES ne sont que partiellement atteints:

- le réseau de soins est en place, avec l'arsenal juridique y relatif
- le système d'informations « permettant de comprendre davantage les différentes composantes des coûts de la santé » (RD 483, avril 2003) vient d'être lancé<sup>49</sup>
- la politique e-health de la Confédération n'est pas mise en place, mais pourrait l'être prochainement selon des déclarations récentes du chef du DES
- le système de veille sanitaire est toujours à l'étude.

Le Grand Conseil, au vu de la prolifération de lois adoptées (NB. Le canton de Genève présente la particularité de légiférer sur des objets qui, dans d'autres cantons, font l'objet d'arrêtés de l'exécutif), joue un rôle déterminant. Le législateur est intervenu à plusieurs reprises par voie de motion et de questions sur la planification sanitaire. Il serait intéressant de vérifier, dans une étude plus approfondie, pour quelle raison le Grand Conseil est si peu intervenu pour questionner l'exécutif sur le non aboutissement de ses engagements, ou par exemple sur l'abandon de projets pour lesquels d'importants crédits avaient été votés.

### **7.2. Concernant l'administration**

La plupart des personnes rencontrées évoquent un manque de transparence au niveau du pilotage ainsi qu'un fossé séparant le leadership politique de la direction technique des services et structures en charge de la planification sanitaire. Ces dysfonctionnements expliquent en partie les lacunes de la planification sanitaire genevoise et sont certainement à l'origine d'une multiplication des coûts (coûts des projets abandonnés ou repris à zéro qui s'ajoutent aux coûts des soins).

---

<sup>49</sup> Selon le département, cette version "devra être complétée d'éléments actuellement indisponibles, notamment les indicateurs pour lesquels une périodicité inférieure à l'année n'est pas encore disponible" (Suivi des prestations de santé à Genève, No.1, p.4).

Au nombre des dysfonctionnements relevés, on peut mentionner :

- une interaction faible, voire inexistante entre les divers instruments en place au niveau de l'administration (par ex. l'interaction entre le plan cantonal de promotion de la santé et les autres planifications, ou entre la commission de planification et la commission quadripartite) ;
- des conflits de compétences et de pouvoir entre personnes ;
- une absence de moyens, un manque des ressources humaines à la DGS avec des capacités en planification (une seule personne), avec toutefois des développements récents positifs, comme mentionné plus haut ; des moyens ne sont pas affectés aux buts initiaux ou détournés de ceux-ci (projet Visage) ;
- le contrat de prestations laisse une autonomie considérable aux HUG, et sa gestion est très centralisée au niveau du directeur qui concentre également l'information. A mentionner par exemple que la DGS, celle-ci n'ayant pas de contacts directs, n'a pas participé à l'élaboration du contrat de prestations avec les HUG. Le suivi des activités se limite à peu de choses avec deux réunions internes par an ;
- une absence de véritable système d'information, qui soit notamment une aide à la décision politique et qui permette une prise en charge rationnelle des besoins en soins hospitaliers ; une absence de données exploitables au DES et d'indicateurs objectifs, ce qui rend une planification difficile. Les données disponibles sont dispersées (les divers filtres existants par l'OCSTAT et l'OFS posent le problème de l'utilisation et de l'interprétation des données des HUG), pas coordonnées entre elles, pas toujours fiables pour certaines<sup>50</sup>, ni transmises à ceux qui en auraient besoin pour la planification (DGS), et que partiellement utilisées par le politique. Enfin, il n'y a pas d'indicateurs exigés sur l'activité (quantitative) hospitalière, hormis les statistiques annuelles. Il manque une vision complète et d'ensemble ainsi que des informations populationnelles.
- La scission du DASS en DES et DSE a entraîné l'abandon de certains projets, et la reprise de certains projets à partir de zéro. Les changements de personnes ont entraîné des changements de priorités - récemment dans un sens positif puisque la planification est un objectif de la nouvelle direction de la DGS -, de méthodes, et des réorientations budgétaires.

### 7.3. L'état de la planification

En novembre 2001, suite au recours de la FGAM du 29.1.98, le Conseil fédéral avait demandé au canton de :

- faire une distinction aussi nette que possible entre les catégories de lits : cette condition semble être remplie;
- de déterminer la demande et la capacité nécessaire pour la couverture des soins : cette condition n'est que partiellement remplie;
- d'établir des données pour chaque catégorie de prestations : comme vu plus haut, le canton ne répond pas vraiment à cette demande;

---

<sup>50</sup> Les informations populationnelles datent du dernier rapport sur la santé de l'OFS de 1993. Le nouveau rapport sur la santé de l'OFS a été publié en novembre 2008.

- d'envisager une diminution de la durée moyenne de séjour lors de la planification hospitalière postérieure à 2001 : les objectifs de la planification hospitalière qui prévoient 1900 lits hospitaliers pour 2010 sont loin d'être atteints, mais le nombre de journées aux HUG (division commune et privée) a par contre diminué.

La planification sanitaire ne peut se limiter aux hôpitaux, la LAMal donnant de fortes incitations aux caisses à favoriser les traitements stationnaires (à la charge des caisses maladie et des pouvoirs publics) et aux hôpitaux à favoriser les traitements ambulatoires (à la seule charge des caisses maladie). Mais étant donné qu'il est difficile d'imposer des catalogues de prestations aux cliniques privées, cela pose des limites à la planification hospitalière.

Pour SantéSuisse, les efforts faits à Genève se heurtent à de fortes résistances des prestataires de soins (par ex. l'AMG s'était opposée au dossier informatisé), ce qui rend les choses difficiles pour le politique.

« La planification cantonale est une tâche du droit fédéral dévolue aux cantons » (RD 483, p.45). Le politique invoque souvent l'interface avec Berne comme étant à l'origine des difficultés d'une planification (« beaucoup de questions ont leurs réponses à Berne » a relevé un interlocuteur de la CEPP), et l'administration met la faute sur le politique et son absence de volonté réelle dans ce domaine. C'est un point à approfondir, mais il est cependant clair que la LAMal ne donne pas davantage de compétences à la Confédération. Elle a par contre permis de dégager des instruments pour créer plus de transparence.

Au niveau des instruments de planification et de pilotage:

- plusieurs instruments de planification ont été abandonnés sans raison explicite, entraînant un gaspillage financier assez considérable ;
- le plan cantonal d'accès aux soins, prévu dans le RD 483 ainsi que dans la loi sur la santé, n'est toujours pas en place ;
- la *Commission de planification* n'avait qu'un rôle consultatif. La lecture de ses procès-verbaux permet de voir que la commission abordait des questions de fond liées à la planification hospitalière (par exemple : la réduction des lits aux HUG, la définition des besoins), mais ces discussions ne débouchaient pas sur des propositions concrètes au politique. Ne recevant pas d'informations des cliniques privées, elle ne pouvait procéder à une véritable planification hospitalière. La priorité portait nettement sur l'hospitalier, bien que des membres demandaient une « vision globale », et la commission avait demandé de coordonner ses travaux avec la commission quadripartite. En avril 2004, elle a procédé à une auto-évaluation, mais rien ne figure aux PV des séances suivantes sur son résultat. Les séances sont devenues moins fréquentes dès 2005, se bornant à des échanges d'informations, à discuter des demandes d'établissements de figurer sur la liste hospitalière. Selon SantéSuisse, la planification hospitalière ne fonctionne plus depuis novembre 2007, suite à la suspension de la commission. Un lieu réunissant les principaux acteurs de la santé est indispensable pour remplacer la commission de planification ;
- « Le véritable instrument de pilotage de la liste des hôpitaux est constitué par les mandats de prestations conclus avec les hôpitaux. Ceux-ci sont en règle générale larges et ouverts, afin de laisser la plus grande flexibilité possible tant aux cantons qu'aux fournisseurs de prestations. Mais il en résulte du même coup une grande

*marge d'interprétation, qui rend difficiles un pilotage précis des prestations, une planification intercantonale et même, le cas échéant, une réduction des capacités. »<sup>51</sup> ;*

- le problème qui se pose à la commission quadripartite (planification ambulatoire) est de décider à qui donner les droits de pratique, en fonction de quels critères, et pour cela une planification s'impose ;
- le *système d'information* n'est apparemment pas intégré dans une réflexion de planification sanitaire. Le système actuellement en place présente des faiblesses et des lacunes à plusieurs niveaux : pas assez d'articulation ni de transparence entre les différentes sources, des données similaires sont traitées par plusieurs systèmes. Il y a beaucoup de données, des sources multiples, internes et externes à la DGS. Du côté du secrétariat général et tel que cela ressort des entretiens comme des documents officiels, on répond que le système d'information sur la santé n'existe pas, mais qu'il reste un objectif et que le problème est de concilier les chiffres de la Confédération, des privés et du canton ;
- l'interaction entre la planification sanitaire qualitative et les autres planifications n'est pas claire ;
- les documents laissent supposer qu'il n'y a pas d'analyse des besoins en matière de services de santé qui soit effectuée par la DGS. Le secrétariat général du DES estime que les besoins sont définis au niveau des HUG (cf. contrat de prestations des HUG et la LIAF qui impose des indicateurs cible aux prestataires subventionnés) mais qu'au niveau des EMS, ces besoins sont moins faciles à établir, les dynamiques étant moins flexibles. Des projections sont faites en relation avec le vieillissement démographique (d'où un développement de structures intermédiaires prévu), et en matière de prévention (obésité) ;
- il manque encore un rapport sur la santé de la population, alors que celui-ci est prévu par la loi sur la santé (art. 32).

#### 7.4. Les coûts

Le canton de Genève est toujours en tête<sup>52</sup> pour les coûts des traitement médicaux, au 2<sup>ème</sup> rang (après Bâle-Ville) pour les coûts bruts par assuré et pour les coûts pharmaceutiques, au 3<sup>ème</sup> rang (après Vaud et Bâle Ville) pour les frais hospitaliers ambulatoires, au 5<sup>ème</sup> rang (après Bâle Ville, Berne, Tessin et Bâle Campagne) pour les frais hospitaliers stationnaires. Santéuisse explique cette situation comme suit :

- L'offre à Genève est très importante au niveau des institutions (HUG et 7 cliniques, les HUG représentant un tiers des coûts totaux). En outre, il y a un nombre élevé de médecins ambulatoires (1300 selon la FMH) et de nombreuses permanences ou groupes médicaux autorisés (une vingtaine). Ces permanences ne sont pas soumises à la clause du besoin, car les médecins qui y travaillent ont tous le même numéro de concordat. Ils n'ont pas besoin d'une autorisation de pratique. A noter que, suite à un recours d'Assura au Tribunal Fédéral (TF) en mars 2007 contre une décision de refus de prise en charge d'une facture de SOS Médecins (qui ont une autorisation de pratique qui n'est pas directement liée au remboursement par l'assurance-maladie<sup>53</sup>), le TF a confirmé en octobre 2007 que ces prestations devaient être

---

51 In „Wirkungsanalyse kantonale Spitalplanungen“, mars 2005, synthèse, p. 21.

52 Cf. Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie, 3ème trimestre 2008, OFSP.

53 L'Ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, entrée en vigueur le 4.7.2005, prolonge non seulement de trois ans la clause du

remboursées, ce qui a entraîné une augmentation des coûts. Il n'y a donc pas de frein pour ces établissements par rapport à la clause du besoin (alors que le canton voulait la respecter), et le volume de prestations n'a pas été limité suite à cette décision du TF.

- enfin la masse salariale du canton est élevée : ~ 1100 médecins employés aux HUG<sup>54</sup>, et un niveau des salaires à Genève qui est plus élevé que dans les autres cantons.

## 8. Conclusion

---

Il y a une multitude de politiques et d'instruments de pilotage ou de planifications partielles en matière de santé. Le plus souvent, ils ne sont pas libellés en tant que "planification". Le plus important, dans ce sens, semble avoir été le plan Victoria.

Etant donné la situation particulière de Genève, de par l'exiguïté de son territoire et d'un quasi-unique établissement hospitalier, il peut sembler plus pragmatique que le pilotage soit laissé entre les mains des HUG, plutôt que de se situer au niveau de l'autorité cantonale. Néanmoins, la CEPP regrette que cette délégation aux HUG fasse l'impasse sur le rôle politique de l'autorité cantonale.

A la lumière des éléments présentés dans cette étude de faisabilité d'une évaluation, et sous réserve d'une analyse plus approfondie, on peut conclure que :

- la volonté politique de planification existe dans les textes (cf. objectifs de législature) ;
- le cadre législatif est suffisant, même si sujet à confusion vu son ampleur ;
- les instruments de planification sont partiellement disponibles ;
- les données existent, mais sont éparpillées et non coordonnées ;
- l'information ne circule pas de façon transparente.

On ne peut donc apparemment pas parler d'une véritable planification sanitaire qui soit réellement organisée et mise en œuvre.

Du point de vue de la faisabilité d'une évaluation de l'impact de la planification sanitaire, on peut conclure que les conditions nécessaires à sa réalisation ne sont pas réunies. En effet, il aurait fallu une certaine durée de mise en œuvre des instruments de planification, une fois ceux-ci finalisés, pour ensuite pouvoir en mesurer les effets.

En outre, les exigences nouvelles posées par la LAMal et son ordonnance vont obliger les cantons à compléter leurs instruments de planification. Il est donc prématuré de procéder à une évaluation puisque des modifications importantes de ces instruments sont à prévoir.

Rappelons toutefois que la situation dans les autres cantons n'est pas forcément meilleure, puisque Genève n'est pas le seul canton où coexistent une multitude de politiques et d'instruments de pilotage ou de planification en matière de santé. Assez souvent, le pilotage de l'offre sanitaire ne semble pas résulter du large éventail de planifications sanitaires explicites repérables en Suisse, mais d'autres politiques<sup>55</sup>, comme des :

- économies et restrictions budgétaires,

---

besoin, mais elle précise encore que les médecins qui ne font pas usage de leur admission à pratiquer dans un délai de 6 mois, 12 mois pour le canton de Genève, perdent leur droit d'admission. Selon les directives cantonales, des dérogations sont possibles sur demande dûment motivée et adressée à la DGS (Source : Site Etat de Genève, Unité des droits de pratique)

<sup>54</sup> Source: Chiffres clés des hôpitaux suisses 2005. Valeur "personnel médical": 1098,6.

<sup>55</sup> cf. Wirkungsanalyse kantonale Spitalplanungen, 2005.

- mandats ou contrats de prestations,
- réorganisations et mesures structurelles (ex: fermetures ou reconversion en EMS, fusions d'hôpitaux, travail en réseau, direction commune d'un hôpital multisite, répartition des tâches entre hôpitaux),
- budgets globaux ou forfaitaires, basés sur les prestations attendues ou effectives (au lieu du mode de financement des hôpitaux par couverture des déficits),
- changements de mode de facturation (ex: DRG).

La CEPP est d'avis qu'une planification est nécessaire non seulement pour répondre aux obligations légales et de législature, mais aussi pour mieux répondre aux besoins de la population. Un manque de planification a un impact sur les coûts et la qualité des soins. Le canton de Genève se trouve ainsi dans la situation paradoxale d'un canton qui connaît les coûts de la santé les plus élevés de Suisse et qui, malgré de multiples approches, n'a pas de véritable planification sanitaire. On pourrait également envisager une évaluation prospective (ex-ante) de la planification sanitaire, avant sa mise en œuvre, ceci pour anticiper les effets que pourrait avoir une nouvelle planification.

C'est pourquoi la CEPP espère que le présent document permettra de faire progresser la situation et soutiendra les efforts à fournir en matière de mise en place d'une planification sanitaire. Car le législateur a été clair dans la loi cantonale sur la santé : il souhaite une planification sanitaire qui soit conçue de façon globale et dont les différents éléments s'intègrent dans un document unique de programmation: le plan cantonal d'accès aux soins.

Ces constats s'inscrivent dans une problématique plus vaste, à savoir la surveillance et le pilotage des entités indépendantes par des autorités chargées d'appliquer une politique publique.



## 9. Annexes

---

### 9.1. Historique de la planification sanitaire

Extrait des étapes successives qui ont conduit à l'état actuel de la mise en œuvre de la planification sanitaire.

- *Septembre 1980 : Loi sur les établissements publics médicaux (LEPM)*

Détermine qui sont les établissements publics médicaux: les Hôpitaux universitaires de Genève; la clinique de Joli-Mont et la clinique de Montana.

- *1992 : Loi sur l'aide à domicile (LADom, K1.05)*

Encourage une nouvelle répartition des ressources au sein du système des soins et conduit à un transfert progressif des soins hospitaliers vers les soins à domicile.

- *Octobre 1992 : Arrêté fédéral urgent*

"Les cantons sont chargés, dans le cadre de leurs compétences, d'établir dans le domaine de la santé publique, une planification cantonale ainsi qu'une planification intercantonale".

- *1993 : Bilan de santé des Genevois (IMSP)*

Le Conseil d'Etat a mandaté l'IMSP en 1992 pour établir un bilan et des recommandations basées sur les buts de l'OMS.

Depuis lors, les bilans de santé ont été effectués au niveau national par l'OFS (enquête suisse sur la santé).

- *Avril 1993 : Motion (1229) sur la politique de santé et sur la planification sanitaire (1998-2001)*

La motion contenait tous les éléments d'une planification cantonale. Elle demandait de promouvoir une planification sanitaire intercantonale notamment entre les cantons de Vaud et de Genève, voire régionale, d'encourager une meilleure collaboration entre les secteurs privé et public sous le principe de la complémentarité dans tous les domaines, y compris la formation et renforcer la concertation nécessaire entre les partenaires et acteurs du système de soins ; d'évaluer les besoins de soins hospitaliers afin de déterminer le nombre de lits nécessaires en tenant compte de manière adéquate du secteur privé tout en garantissant l'accès pour tous ; de développer un tableau de bord statistique détaillé et opérationnel pour faciliter des comparaisons fiables entre public et privé ; de mettre en place un système d'information adéquat et performant. La motion demandait une réforme du système de santé selon les axes prioritaires suivants:

1. une augmentation importante et coordonnée des activités de prévention et de promotion de la santé au niveau de la population générale par des actions tout public;
2. un changement des pratiques médicales mettant l'accent sur une approche préventive, intégrant les divers aspects de la santé, soutenu par des incitatifs financiers et une formation pré-, postgraduée et continue appropriée ;
3. un déplacement des activités de l'hospitalier vers l'ambulatoire, essentiellement dans le but d'augmenter la qualité de vie des malades;
4. une maîtrise des coûts qui, tout en conservant le niveau des dépenses, vise à augmenter l'efficacité du système des soins (soins hospitaliers et ambulatoires), et à

attribuer les ressources ainsi dégagées aux activités de prévention et de promotion de la santé, de la recherche et de la formation continue ;

5. une meilleure information par un rappel régulier à chacun de sa responsabilité personnelle dans l'augmentation des coûts de la santé ;

6. la désignation d'une instance coordinatrice responsable de veiller à la mise en oeuvre de l'ensemble du plan d'action défini.

- 1994 : *Avant-projet de planification sanitaire*

Le Prof. Gilliard a été chargé d'évaluer le système de santé genevois. Sur cette base, il a ensuite été chargé d'établir un avant-projet de planification sanitaire.

- 1994 : *Réforme hospitalière*

Les HUG sont formellement constitués.

- Mars 1995 : *Loi cantonale instituant un plan directeur des prestations sanitaires (30.3.95)*

Cette loi constituait la loi cadre de la planification sanitaire. Elle a été abrogée en 2006, suite à l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur la santé.

- 1996 : *Entrée en vigueur de la LAMal*

Elle prévoit notamment l'établissement d'une liste cantonale hospitalière.

- Mai 1997 : *Inscription de la planification sanitaire dans le droit cantonal*

La loi cantonale d'application de la LAMal, adoptée par le Grand Conseil le 29 mai 1997, inscrit la planification sanitaire dans le droit cantonal.

- 1997 : *Première Liste hospitalière (RD 281, 26.09.07)*

La FGAM fait immédiatement recours contre cette liste qui ne peut entrer en vigueur.

- 1998 : *Refus de RHUSO*

Le concordat instituant le réseau hospitalo-universitaire de la Suisse occidentale est refusé par le peuple genevois lors du scrutin populaire du 7 juin 1998 (M 1241, 04.12.1998).

- Septembre 1997 : *La planification sanitaire 1998-2001 (RD 281)*

Dans son rapport d'août 1997 sur la politique de santé et la planification sanitaire 1998-2001, le Conseil d'Etat<sup>56</sup> relève que : « *il faut réévaluer et réorienter périodiquement la planification sanitaire en tenant compte, outre le paramètre de la démographie, des innovations technologiques, des changements de comportements de la population, de l'influence de l'environnement sur la santé, de l'essor de la médecine prédictive* ». Le résumé des propositions suite à la procédure de consultation, mentionne notamment qu'il faut « *lier la planification à l'analyse des besoins de la population et à l'impact du système de soins sur l'état de santé de la population (...) intégrer dans la planification des outils de mesures d'activités comme l'allocation des ressources selon les case-mix, les incitatifs à la qualité et à la performance (...) accroître la transparence des coûts, en instaurant une comptabilité analytique au sein des EPM et des EMS (...) développer et promouvoir le contrôle de la qualité des prestations (...) mettre en place un contrôle réel du secteur ambulatoire et des EMS* ».

---

<sup>56</sup> Rapport du Conseil d'Etat, p. 84

Tous les éléments d'une planification sanitaire quantitative et qualitative sont mentionnés : égalité d'accès aux soins, qualité des soins, rôle du médecin, réseau des soins. Sept principes fondamentaux : promotion de la santé et prévention, réseau de soins, médecine et soins ambulatoires, soins à domicile, soins hospitaliers, EMS, urgences. Cinq instruments : statistiques sanitaires, comptabilité analytique, indicateurs, liste des fournisseurs de prestations, mandats de prestations.

- *Novembre 1998 : Résolution 344 du Grand Conseil relative au RD 281*

1. Les principes généraux d'une politique de santé visant à promouvoir l'égalité d'accès aux soins et la qualité des soins sont approuvés.
2. Les principes généraux d'une planification sanitaire visant notamment à promouvoir la santé et la prévention des maladies et des accidents, à développer les réseaux de soins ambulatoires, à domicile et hospitaliers sont approuvés.
3. Les principes de la planification sanitaire qualitative sont approuvés.
4. La mise en oeuvre des instruments existants de la planification, notamment les statistiques sanitaires, la comptabilité analytique, les indicateurs de qualité, la liste des fournisseurs de prestations, les mandats de prestations, est approuvée.
5. Le Conseil d'Etat est chargé de fournir un rapport sur les nouveaux instruments de la planification sanitaire tels que la clause du besoin, le carnet de santé, la limitation du nombre d'étudiants en médecine et la limitation du nombre de places de stages hospitaliers après une large consultation des milieux concernés. « Pour la clause du besoin, les règles du jeu doivent être égales pour tous, secteur public et secteur privé ».

- *2001 : Création de la commission de planification du système de soins hospitaliers.*

Elle est chargée de définir les principes généraux de la planification sanitaire.

- *Avril 2003 : Planification hospitalière du système de santé genevois 2003-2010 (RD 483)*

Le RD 483 porte bien sur une planification hospitalière quantitative avec 4 objectifs fixés par la Commission de planification: réduire l'offre en journées d'hospitalisation, réguler l'offre quantitative, favoriser son adaptation aux besoins à long terme, construire un système d'information pour éclairer les décisions en matière de planification. Ces objectifs avaient été définis par la Commission de planification de 2001, à savoir conduire une politique de santé responsable, conforme aux exigences fédérales, garantir l'accès aux soins pour assurer/améliorer la santé de la population, rendre plus performant le système de santé à un coût acceptable pour tous<sup>57</sup>. L'objectif étant avant tout de diminuer les journées d'hospitalisation et de les stabiliser, le rapport parle donc d'une planification du système des soins hospitaliers.

La réduction « mesurée » (RD p.14) de la capacité hospitalière publique et privée devait induire une augmentation de la capacité des lits EMS et des établissements publics médicaux (EPM).

Le Conseil d'Etat, dans son rapport sur le RD 483<sup>58</sup>, précise qu'il souhaite intégrer la planification hospitalière au niveau régional avec le canton de Vaud, les autres cantons

---

57 « Genève a les dépenses de santé par habitant les plus élevées de Suisse en comparaison cantonale: les raisons en sont l'augmentation de l'offre de services, de la demande de soins, une mauvaise gestion des ressources, le vieillissement de la population » (RD 483, p. 25). Le canton connaît aussi une densité médicale bien plus élevée que la moyenne suisse (RD 483, p.39).

58 Rapport sur la planification hospitalière du système de santé genevois 2003-2010 (rapport de planification sanitaire quantitative), 16.4.2003

romands et la France limitrophe et se doter d'instruments de pilotage, grâce notamment à un « véritable système d'information sanitaire » considéré comme une priorité.

A noter que dans son rapport du 16.12.03, la Commission de la santé chargée d'étudier le rapport du Conseil d'Etat, prend acte du rapport tout en précisant que « le fait de prendre acte n'implique pas une prise de position pour ou contre les multiples aspects de la planification » !

- 2004 : *Entrée en vigueur de la nouvelle liste hospitalière*

Cette liste est basée sur des équivalents-lits, et non plus sur le nombre de lits. Elle ne fera pas l'objet d'un recours.

- *Décembre 2004 : Le Programme quadriennal de l'aide à domicile 2005-2008 (RD 688)*

Ce programme définit essentiellement le type de personnes bénéficiaires des soins à domicile, le catalogue de prestations à fournir, en particulier par la Fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD), y compris des prestations spécifiques (hospitalisation à domicile, l'unité mobile d'urgences sociales, les autres services d'aide et de soins à domicile, les foyers de jour, Services d'ergothérapie, etc.). Le rapport précise aussi notamment le financement des prestations, l'interaction avec les HUG.

Dans son rapport de juin 2007 sur ce Programme, le Conseil d'Etat a conclu qu'un effort conséquent a été fourni par les institutions d'aide et de soins à domicile concernant notamment : la définition d'un catalogue détaillé des prestations fournies, la définition des profils de bénéficiaires, les mesures d'efficience entreprises, la réponse aux besoins souvent plus complexes des bénéficiaires.

- *Avril 2006 : Loi sur la santé (LSan)*

La loi a « *a pour but de contribuer à la promotion, à la protection, au maintien et au rétablissement de la santé des personnes, des groupes de personnes et de la population, dans le respect de la dignité, de la liberté et de l'égalité de chacun. Elle garantit une égalité d'accès de chacun à des soins de qualité* » (art. 1).

Selon l'art. 28, la planification sanitaire comprend le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention ainsi que le plan cantonal d'accès aux soins. La planification sanitaire cantonale a pour buts de « *déterminer les besoins en soins compte tenu de l'évolution démographique, de définir les moyens de les satisfaire de la façon la plus rationnelle et la plus économique et de garantir des soins appropriés de qualité* ». Le Conseil d'Etat doit présenter tous les 4 ans « *une planification sanitaire cantonale comportant notamment les objectifs, les activités, les organismes responsables et les modes de financement* ».

- *Août 2006 : Rapport du Conseil d'Etat en réponse à la motion d'avril 93 concernant la politique sanitaire et aux 3 motions RD 281-A, R 344-A, M 1229*

Le Conseil d'Etat répond brièvement, considérant que les motions trouvent leurs réponses dans la refonte de la législation sanitaire (loi sur la santé, loi réglant le fonctionnement de la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients, et la loi concernant la privation de liberté à des fins d'assistance).

- *Juin 2008 : Loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile*

- Décembre 2008 : Programme quadriennal de l'aide à domicile 2008-2011 (loi 10 064, RD 688)

Ce programme définit essentiellement le catalogue de prestations à fournir en matière d'aide à domicile et leur financement.

## 9.2. LAMal

### **Art. 39 Hôpitaux et autres institutions (actuel)<sup>59</sup>**

<sup>1</sup> Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils:

- a. garantissent une assistance médicale suffisante;
- b. disposent du personnel qualifié nécessaire;
- c. disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments;
- d. correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate;
- e. figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats.

<sup>2</sup> Les cantons coordonnent leurs planifications.

<sup>2bis</sup> Dans le domaine de la médecine hautement spécialisée, les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse. Si les cantons n'effectuent pas cette tâche à temps, le Conseil fédéral détermine quels hôpitaux figurent pour quelles prestations sur les listes cantonales.

<sup>2ter</sup> Le Conseil fédéral édicte des critères de planification uniformes en prenant en considération la qualité et le caractère économique. Il consulte au préalable les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs.

<sup>3</sup> Les conditions fixées à l'al. 1 s'appliquent par analogie aux maisons de naissance, aux établissements, aux institutions et aux divisions d'établissements ou d'institutions qui prodiguent des soins, une assistance médicale et des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médico-sociaux).

### **Art. 39 Hôpitaux et autres institutions (ancienne version)**

<sup>1</sup> Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils:

- a. garantissent une assistance médicale suffisante;
- b. disposent du personnel qualifié nécessaire;
- c. disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments;
- d. correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate;
- e. figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats.

<sup>2</sup> Les conditions fixées à l'al. 1, let. a à c, s'appliquent par analogie aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui prodiguent des soins semi-hospitaliers.

---

<sup>59</sup> Les Chambres fédérales ont adopté, le 21 décembre 2007, la révision de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10, RO 2008) pour le domaine du financement hospitalier (projet 1). Cette révision a pour effet que les ordonnances touchées par les modifications adoptées doivent elles aussi être modifiées : l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102), l'ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie (OCP ; 832.104) et l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS ; RS 832.112.31). Source : OFSP.

## Art. 41

<sup>1</sup> En cas de traitement ambulatoire, l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. L'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs.<sup>[87]</sup>

<sup>1bis</sup> 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). En cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence.<sup>[88]</sup>

<sup>1ter</sup> L'al. 1<sup>bis</sup> s'applique par analogie aux maisons de naissance.<sup>[89]</sup>

<sup>2</sup> Si, pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement ambulatoire administré par un autre fournisseur de prestations, l'assureur prend en charge les coûts correspondant au tarif applicable à cet autre fournisseur.<sup>[90]</sup>

<sup>3</sup> Si, pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement hospitalier fourni par un hôpital non répertorié du canton de résidence, l'assureur et le canton de résidence prennent à leur charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a. A l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire.<sup>[91]</sup>

<sup>3bis</sup> Sont réputés raisons médicales au sens des al. 2 et 3 le cas d'urgence et le cas où les prestations nécessaires ne peuvent pas être fournies:

- a. au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs, s'il s'agit d'un traitement ambulatoire;
- b. dans un hôpital répertorié du canton de résidence de l'assuré, s'il s'agit d'un traitement hospitalier.<sup>[92]</sup>

<sup>4</sup> L'assuré peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses (art. 62, al. 1 et 3). L'assureur ne prend en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs; l'al. 2 est applicable par analogie. Les prestations que la loi rend obligatoires sont en tout cas garanties.

## 9.3. OAMal

*(RO 2008, p.5097; RS 832.102; modifications du 22.10.08 entrées en vigueur le 1.1.09)*

### Section 11 Critères de planification

#### Art. 58a Principe

<sup>1</sup> La planification en vue de couvrir les besoins en soins (art. 39, al. 1, let. d, LAMal) garantit aux habitants des cantons qui l'établissent le traitement hospitalier à l'hôpital ou dans une maison de naissance ainsi que le traitement dans un établissement médico-social.

<sup>2</sup> Les cantons réexaminent périodiquement leurs planifications.

#### Art. 58b Planification des besoins en soins

<sup>1</sup> Les cantons déterminent les besoins selon une démarche vérifiable. Ils se fondent notamment sur des données statistiquement justifiées et sur des comparaisons.

<sup>2</sup> Ils déterminent l'offre utilisée dans des établissements qui ne figurent pas sur la liste qu'ils ont arrêtée.

<sup>3</sup> Ils déterminent l'offre qui doit être garantie par l'inscription d'établissements cantonaux et extra-cantonaux sur la liste visée à l'art. 58e afin que la couverture des besoins soit assurée. Cette offre correspond aux besoins déterminés conformément à l'al. 1, déduction faite de l'offre déterminée conformément à l'al. 2.

<sup>4</sup> Lors de l'évaluation et du choix de l'offre qui doit être garantie par la liste, les cantons prennent notamment en compte:

- 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 prestation selon l'art. 58e.

<sup>5</sup> Lors de l'examen du caractère économique et de la qualité, les cantons prennent notamment en considération:

- a. l'efficacité de la fourniture de prestations;
- b. la justification de la qualité nécessaire;
- c. dans le domaine hospitalier, le nombre minimum de cas et l'exploitation des synergies.

### **Art. 58c Type de planification**

La planification s'effectue de la manière suivante:

- a. pour la couverture des besoins en soins des assurés dans les hôpitaux pour le traitement des maladies somatiques aiguës, ainsi que dans les maisons de naissance, la planification est liée aux prestations;
- b. pour la couverture des besoins en soins des assurés pour la réadaptation ou le traitement psychiatrique à l'hôpital, la planification est liée aux prestations ou aux capacités;
- c. pour la couverture des besoins en soins des assurés dans les établissements médico-sociaux, la planification est liée aux capacités.

### **Art. 58d Coordination intercantonale des planifications**

Dans le cadre de l'obligation de coordination intercantonale des planifications, visée à l'art. 39, al. 2, de la loi, les cantons doivent notamment:

- a. exploiter les informations pertinentes concernant les flux de patients et les échanger avec les cantons concernés;
- b. coordonner les mesures de planification avec les cantons concernés par celles-ci dans la couverture de leurs besoins.

### **Art. 58e Listes et mandats de prestations**

<sup>1</sup> Les cantons inscrivent sur leur liste visée à l'art. 39, al. 1, let. e de la loi, les établissements cantonaux et extra-cantonaux nécessaires pour garantir l'offre déterminée conformément à l'art. 58b, al. 3.

<sup>2</sup> Les listes mentionnent pour chaque hôpital l'éventail de prestations correspondant au mandat de prestations.

<sup>3</sup> Les cantons attribuent à chaque établissement sur leur liste un mandat de prestations au sens de l'art. 39, al. 1, let. e de la loi. Celui-ci peut contenir notamment l'obligation de disposer d'un service d'urgence.

## **9.4. Loi sur la santé**

(loi du 7 avril 2006, K 1 03)

### **Art. 28 Principe**

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

<sup>2</sup> Le Conseil d'Etat présente au Grand Conseil tous les 4 ans une planification sanitaire cantonale comportant notamment les objectifs, les activités, les organismes responsables et les modes de financement. Le Grand Conseil se prononce dans les 6 mois sous forme de résolution.

<sup>3</sup> La planification sanitaire comprend notamment le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention ainsi que le plan cantonal d'accès aux soins

<sup>4</sup> La réalisation, l'exécution et le financement de la planification sanitaire sont fixés dans des dispositions légales spécifiques.

### **Art. 29 Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention**

<sup>1</sup> Le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention détermine les besoins en fonction des domaines concernés et définit les mesures propres à les satisfaire. Il tient compte des initiatives d'organismes privés, des projets des communes et des organismes publics cantonaux ainsi que des actions menées par les autres cantons et la Confédération.

<sup>2</sup> Le plan cantonal accorde une attention spéciale aux populations se trouvant dans une situation sociale, sanitaire ou économique défavorable et aux différences de cultures. Il tient compte des besoins de l'individu spécifiques à chaque étape de sa vie.

<sup>3</sup> Le département, en collaboration avec les autres départements concernés, met en œuvre le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention. Il coordonne les projets de promotion de la santé et de prévention, s'assure de leur qualité et de leur évaluation. Il encourage la recherche en la matière.

### **Art. 30 Plan cantonal d'accès aux soins**

<sup>1</sup> Le plan cantonal d'accès aux soins comprend l'organisation du réseau de soins stationnaires et ambulatoires en veillant à une couverture des soins conforme aux besoins de la population, tant sur le plan quantitatif que qualitatif.

<sup>2</sup> Le plan cantonal d'accès aux soins a pour but de garantir l'accès aux soins pour tous. A cet effet, il établit les bases d'une collaboration et d'une coordination des prestataires de soins publics et privés.

<sup>3</sup> Le plan cantonal stationnaire comprend l'organisation du réseau de soins stationnaires, les mandats de prestations de chaque établissement et les collaborations intercantionales et régionales, conformément à l'art. 39 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal).

<sup>4</sup> Le plan cantonal ambulatoire vise à assurer une couverture des soins ambulatoires conforme aux besoins de la population.

### **Art. 31 Statistiques et autres moyens de mesures**

<sup>1</sup> Le Conseil d'Etat règle, conformément aux normes reconnues en la matière, l'établissement, l'analyse et la publication des statistiques et des autres moyens de mesures nécessaires à la réalisation et à l'évaluation de la planification sanitaire cantonale.

<sup>2</sup> Dans les limites de leurs capacités, les professionnels et les institutions de santé sont tenus de participer à l'établissement des statistiques et des autres moyens de mesure nécessaires à la réalisation et à l'évaluation de la planification sanitaire cantonale, pour autant que les données requises ne soient pas déjà disponibles auprès d'autres organismes publics.

### **Art. 32 Rapport sur la santé de la population**

<sup>1</sup> Sur la base des statistiques et des autres moyens de mesures nécessaires à la réalisation et à l'évaluation de la planification sanitaire cantonale, le département publie à intervalles réguliers un rapport sur la santé de la population.

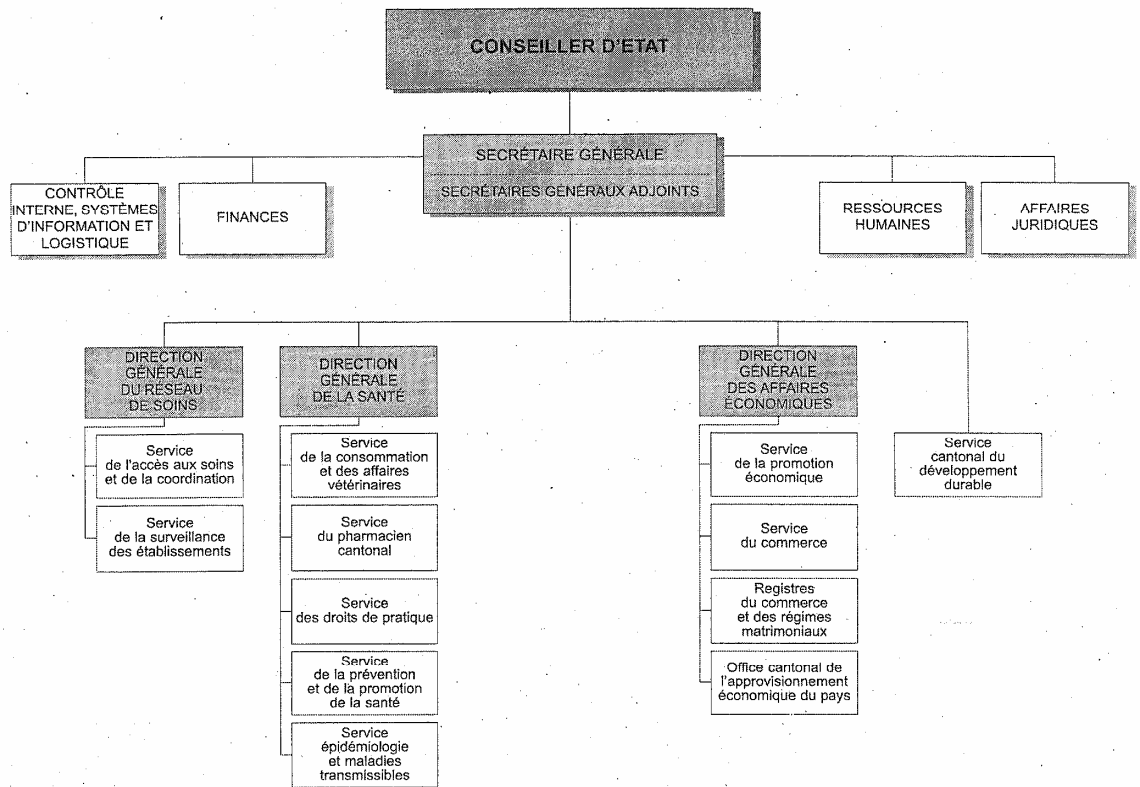
<sup>2</sup> Il peut mandater un organisme public ou privé pour l'établissement de ce rapport.



## 9.5. Personnes interrogées

1. Adrien Bron, secrétaire-général adjoint, Département de l'économie et de la santé.
2. Fabrice Dami et Guillaume Favre, président et vice-président de l'Association des médecins internistes de Genève (AMIG).
3. Marie Da Roxa, secrétaire générale du Département de l'économie et de la santé.
4. Jacques De Haller, président de la Fédération des médecins suisses (FMH).
5. Véronique Delley, responsable de la planification sanitaire et de la veille sanitaire à la Direction Générale de la Santé (DGS).
6. Ruth Dreifuss, ancienne conseillère fédérale en charge du Département fédéral de l'intérieur.
7. Lucia Floris, sage-femme à la Maternité des HUG, déléguée du Syndicat interprofessionnel de travailleuses et travailleurs, membre du conseil d'administration des HUG.
8. Bruno Fuhrer, chef de la section révision de la loi, prestations et tarifs, et Giovanni Cortesi, collaborateur scientifique, Office fédéral de la santé publique (OFSP).
9. Bernard Gruson, directeur général des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG).
10. Jean-Marc Guinchard, consultant, ancien directeur de la Direction Générale de la Santé (DGS).
11. Blaise Martin, médecin cantonal délégué, Direction Générale de la Santé (DGS).
12. Nicola Marzo, responsable de la planification hospitalière à la Direction Générale de la Santé (DGS).
13. Louis Moeri, Secrétaire général Santésuisse, bureau de Genève.
14. Claude-François Robert, médecin cantonal à Neuchâtel, ancien directeur adjoint à la DGS (responsable de l'unité planification et système d'information sur la santé).
15. Pierre-Alain Schneider, Bertrand Buchs et Paul-Olivier Vallotton, président, vice-président et secrétaire général de l'Association des médecins de Genève (AMG).
16. Pierre-François Unger, Conseiller d'Etat en charge du Département de l'économie et de la santé, et Anne-Geneviève Bütikofer, directrice de la Direction Générale de la Santé (DGS).

## 9.6. Organigramme du Département de l'économie et de la santé (DES)



Source: Annuaire officiel 2009 de la République et canton de Genève.

## 9.7. Réaction du Conseil d'Etat



RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

Genève, le 26 août 2009

Le Conseil d'Etat

6199 - 2009

Madame  
Gabriella Bardin Arigoni  
Présidente  
Commission externe d'évaluation des  
politiques publiques  
Route des Acacias 82  
CP 1735  
1211 Genève 26

### Etudes de faisabilité : Plan de mesures OPair et Planification sanitaire

Madame la Présidente,

Votre courrier du 26 mai dernier nous est bien parvenu et nous vous en remercions.

Vous nous informez que la Commission externe d'évaluation des politiques publiques (CEPP) a décidé de lancer une évaluation de la politique de protection de l'air pour laquelle une étude de faisabilité nous avait été transmise l'année dernière. Comme nous l'avons déjà souligné dans une lettre que nous vous avons adressée le 18 juin 2008, nous pensons que la démarche de la CEPP peut contribuer à rendre plus efficace la politique de protection de l'air du canton de Genève. Aussi, nous saluons le choix de la CEPP de ne pas centrer son évaluation sur le lien entre protection de l'air et mobilité mais de l'étendre à d'autres politiques sectorielles telles que l'aménagement du territoire ou la politique énergétique. Nous pensons également que la comparaison avec les procédures en cours dans d'autres cantons suisses devrait susciter des réflexions intéressantes quant à la mise en œuvre des mesures de protection de l'air à Genève ; à cet égard, il nous semblerait souhaitable que cette comparaison soit étendue à l'agglomération zurichoise.

En ce qui concerne la planification sanitaire, notre Conseil a pris connaissance avec intérêt des constats tirés de l'étude de faisabilité et du rapport faisant la synthèse des informations recueillies sur l'évaluation de la planification sanitaire. Il remercie la commission pour le travail accompli. Nous prenons note de ce que vous renoncez à mener à bien une évaluation approfondie dans ce domaine.

Il sera néanmoins tenu compte des éléments de ce rapport dans le cadre des nouvelles exigences de la loi cantonale sur la santé ainsi que pour l'établissement de la nouvelle planification sanitaire.

Tout en vous remerciant de votre collaboration, nous vous prions de croire, Madame la Présidente, à l'assurance de notre considération distinguée.

AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

Le chancelier :

Robert Hensler

Le président :

David Hiler

## 9.8. Bibliographie

Commentaires de l'OFSP sur la révision de l'OAMal, décembre 2008.

Compte-rendu du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique de santé et la planification sanitaire 1998-2001, 27.8.97.

Contrat de prestations des HUG 2008-2011, juin 2008.

Loi d'adhésion à la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) du 8.10.2008 (L-CIMHS - K 2 20).

Loi expérimentale concernant la création d'un centre romand de neurochirurgie, 1.10.07 LECRN (K 2 16).

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), du 18.3.1994, état au 1.1.09.

Loi relative aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées (LEMS), du 3.10.1997, (J 7 20).

Loi sur la santé (LSan) du 7.4.2006 (K 1 03).

Loi sur l'aide à domicile (LADom) du 16.2.1992 (K 1 05).

Loi sur le réseau communautaire d'informatique médicale (e-Toile), 14.11.08, LRCIM (9671).

Loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, (LSDom), 26.6.08 (K 1 06).

Loi sur les établissements publics médicaux (LEPM), du 19.9.1980 (K 2 05).

Message concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (financement hospitalier) du 15.9.2004.

Motion Doris Leuthard, 2.10.2002, système de santé, subdivision de la Suisse en régions (02.3545).

Motion Remo Gysin, 3.10.1996, liste des hôpitaux au niveau de la Confédération (96.3494).

Objectifs de législation du chef du DES P.-F. Unger (2005-2009).

Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2007-2010, octobre 2007.

Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2007-2010, octobre 2007.

Plan directeur EMS 2010, rapport au Conseil d'Etat, 19.10.01.

Plan stratégique des HUG 2006-2010, janvier 2006.

Postulat Christine Wirz-von Planta, 11.3.2003, création de régions destinées à couvrir les besoins en soins hospitaliers conformément à la LAMal (03.3042).

Préavis de la Commission de santé sur le même objet, 27.10.08.

Priorités DGS 2006-2007, 26.9.06.

Projet de loi accordant une indemnité et des aides financières annuelles de fonctionnement à des institutions de maintien, d'aide et de soins à domicile pour 2008-2011 (PL 10064), 13.5.07.

Projet de loi accordant une indemnité et des aides financières annuelles de fonctionnement à des institutions de maintien, d'aide et de soins à domicile pour les années 2008-2011 (PL 10064).

Projet de loi et Rapport de la Commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi modifiant la loi sur l'exercice des professions de la santé, les établissements médicaux et diverses entreprises du domaine médical (PL 7928-A – K 3 05)<sup>60</sup>.

Projet de loi expérimentale concernant la création d'un centre romand de neurochirurgie, 17.1.07 (PL 9993).

Projet de loi modifiant la loi sur l'exercice des professions de la santé, les établissements médicaux et diverses entreprises du domaine médical (PL 7928 K 3 05).

Projet de loi sur le réseau communautaire d'informatique médicale du système de santé du canton de Genève (e-toile), 20.0.05 (K 3 07, PL 9671).

Projet de loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, juin 07.

Projet de loi sur les établissements pour personnes âgées (J 7 20), 19.11.2008.

Projet de loi sur les établissements pour personnes âgées (LEPA) 19.11.08 (J 7 20), destinée à remplacer celle sur les EMS (LEMS).

Rapport d'audit du projet Visage, Antarès, octobre 2006.

Rapport de la Commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi du CE sur le réseau de soins et le maintien à domicile, 9.6.08, (PL 10058-A).

Rapport de la Commission de la santé chargée d'étudier le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant la planification hospitalière du système de santé genevois 2003-2010 (RD 483-A).

Rapport de la Commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi expérimentale du CE concernant la création d'un centre romand de neurochirurgie, avril 2007 (PL 99993-A).

Rapport de la Commission des affaires communales, régionales et internationales chargées d'étudier le projet de loi du Conseil d'Etat autorisant le Conseil d'Etat à adhérer à la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée, 17.11.08 (PL 10314-A – K 2 20).

Rapport du CE au GC sur le quatrième programme quadriennal (2005-2008) de l'aide à domicile (RD 688).

Rapport du CE du 14.8.06 en réponse à la motion d'avril 1993 concernant la politique sanitaire et aux 3 motions – RD 281-A, R 344-A, M 1229.

Rapport du CE sur le quatrième programme quadriennal (2005-2008) de l'aide à domicile, (RD 688, 13.6.2007).

Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant la planification hospitalière du système de santé genevois 2003-2010 (RD 483, avril 2003).

Rapport du Conseil d'Etat, sur Q 3309-A (évolution des coûts du système de soins), M 670-B (pour une politique de santé cohérente et plus économique), M 795-A (politique sanitaire cantonale), M 1229-A (politique de santé et planification sanitaire 98-01), M 1356-A (création d'un observatoire permanent de la santé), 14.8.06.

---

60 Projet de loi refusé

Résolution 344 du Grand Conseil relative à la planification sanitaire 98-01, Séance 44 du 05.11.1998, RD 281.

Wirkungsanalyse der kantonalen Spitalplanungen. Mitarbeit: Céline Anderegg, Büro Vatter, Bern, Yann Boggio, evaluanda, Genève. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Bern, März 2005 (Forschungsprogramm KVG II).

Sites Internet :

Observatoire suisse de la santé, [www.obsan.admin.ch](http://www.obsan.admin.ch).

Comité régional franco-genevois (CRFG), [www.crfginfo.org](http://www.crfginfo.org) .