

Projet présenté par le Conseil d'Etat

Date de dépôt : 25 mars 2020

Projet de loi

modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal) (J 3 05)

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

Art. 1 Modifications

La loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 1997 (LaLAMal – J 3 05), est modifiée comme suit :

Art. 16B, al. 2 (nouvelle teneur), al. 5, lettres g et h (nouvelles)

² Tout établissement hospitalier, qu'il soit public ou privé, y compris les maisons de naissance, remplissant les exigences posées par l'article 39, alinéa 1, lettres a à c et f, LAMal, est susceptible d'être pris en considération lors de l'établissement de la liste hospitalière.

⁵ Pour figurer sur la liste hospitalière, un établissement doit répondre aux critères suivants :

- g) admettre, dans le cadre des prestations pour lesquelles le cofinancement de l'Etat est demandé en vertu de la planification hospitalière cantonale, au minimum 50% de patients au bénéfice de la seule assurance obligatoire des soins. Les modalités sont précisées dans les mandats de prestations;
- h) s'affilier à la communauté de référence prévue par la législation fédérale sur le dossier électronique du patient désignée par le canton.

Art. 16F, al. 2 (nouvelle teneur)

² Le canton cofinance les prestations réalisées. A cette fin, le Conseil d'Etat fixe, au plus tard 9 mois avant le début de l'année civile, la part cantonale de financement au sens de l'article 49a LAMal. Il ne cofinance toutefois les prestations en faveur des assurés disposant d'une couverture d'assurance complémentaire privée que lorsque l'obligation d'admettre de l'article 16B, alinéa 2, lettre g, de la présente loi est respectée.

Art. 2 Entrée en vigueur

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

Certifié conforme

La chancelière d'Etat : Michèle RIGHETTI

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames et
Messieurs les Députés,

En vertu de l'article 49a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10), les cantons sont tenus de prendre en charge une partie des frais de traitements hospitaliers stationnaires pour les assurés résidant sur leur territoire et pour autant que l'établissement concerné figure sur la liste hospitalière dudit canton (art. 41, al. 1bis LAMal). Il est admis par la jurisprudence que l'admission sur la liste hospitalière cantonale peut être limitée à certaines missions (par ex. : la neurologie, l'orthopédie, etc.), qui sont alors les seules à pouvoir bénéficier du cofinancement cantonal.

Jusqu'au 31 décembre 2019, la planification hospitalière genevoise était effectuée en tenant compte des besoins de la population au seul bénéfice de l'assurance obligatoire des soins de base (AOS), moyennant une marge de 5%. Par ailleurs, les mandats de prestations accordés aux différents établissements hospitaliers inscrits sur la liste permettaient le cofinancement des cas, à condition qu'au moins 75% des patients ne soient couverts que par l'assurance de base, tandis que tous les patients au bénéfice d'une assurance complémentaire ne pouvaient en bénéficier que de manière limitée, dès lors que les assurances complémentaires avaient remboursé l'établissement hospitalier.

Cette manière de faire a été jugée contraire à la LAMal par le Tribunal administratif fédéral dans un arrêt du 16 janvier 2019 (C-5017/2015), lequel a souligné qu'aucune distinction ne pouvait être faite entre les assurés pour l'établissement des besoins de la population. Il faut en conséquence tenir compte de l'ensemble des assurés, qu'ils soient ou non au bénéfice d'une assurance complémentaire. La planification hospitalière entrée en vigueur en janvier 2020 tient, dès lors, compte de ce point, et les besoins de la population ont été estimés en prenant également en compte les assurés au bénéfice d'une complémentaire.

En revanche, en vertu de l'article 41a LAMal, les établissements listés sont tenus d'admettre tous les assurés résidant dans le canton et de garantir leur prise en charge. Ils ne peuvent, dès lors, procéder à une sélection et doivent admettre les patients pour lesquels un cofinancement est assuré, y compris ceux qui n'ont que l'assurance de base et pour lesquels les tarifs sont moins attractifs que pour ceux qui disposent d'une assurance complémentaire. A ce titre, l'article 41a LAMal donne explicitement la responsabilité aux

cantons de veiller au respect de l'obligation d'admission, laquelle permet également d'assurer le libre choix des patients entre les établissements listés, voulu par le législateur fédéral (art. 41 LAMal).

Afin de s'assurer qu'aucun critère financier de ce type n'influence l'admission de certains assurés dans les établissements listés, les mandats de prestations prévoient, désormais, que le cofinancement cantonal est garanti pour les assurés disposant d'une assurance complémentaire, pour autant que la prise en charge de tels patients soit compensée par l'admission du même nombre de patients au bénéfice de la seule AOS. Ainsi, si un établissement donné traite, par exemple, 100 patients ayant une complémentaire durant une année civile, le canton cofinancera la totalité de ces cas à la condition que l'établissement ait en parallèle accepté 100 patients au bénéfice de la seule assurance de base. S'il n'a soigné que 80 patients AOS, alors 80 cas avec complémentaire seront pris en charge, les 20 restants n'étant pas cofinancés par le canton. Les mandats de prestations préciseront que les cas LCA éligibles au cofinancement cantonal sont sélectionnés dans l'ordre chronologique, la date de facturation faisant foi.

Le principe a été validé par le Tribunal fédéral dans un arrêt (ATF 138 II 398) admettant que le canton du Tessin inscrive un tel ratio dans sa loi cantonale, confirmé par la suite dans une jurisprudence concernant le canton de Saint-Gall.

Pour donner une plus grande assise à cette condition dans le cadre de la planification genevoise et en assurer une meilleure lisibilité, il est, dès lors, souhaitable de l'intégrer également dans notre législation.

Commentaires article par article

Art. 16B, al. 2 (nouvelle teneur), al. 5, lettres g et h (nouvelles)

L'alinéa 2 renvoie, désormais, également à l'article 39, alinéa 1, lettre f LAMal, lequel prévoit que, pour pouvoir figurer sur une liste hospitalière cantonale, un établissement doit s'affilier à une communauté de référence au sens de la loi fédérale sur le dossier électronique du patient, du 19 juin 2015. Les établissements ont en effet désormais l'obligation de proposer un dossier électronique à leurs patients.

La nouvelle lettre g consacre désormais dans la loi le fait que les établissements listés doivent admettre au moins 50% de patients au bénéfice de la seule assurance de base. Il va de soi que ce critère est applicable aux patients concernés par la planification hospitalière genevoise, soit ceux qui sont domiciliés dans le canton ou les frontaliers qui y reçoivent des soins.

Ainsi, il ne sera pas tenu compte d'éventuels patients en provenance d'autres cantons pour évaluer le respect de cette condition. Il s'agit ainsi d'une garantie, pour le canton, que les besoins de la population seront couverts par tous les établissements listés et que ceux-ci vont respecter leur obligation d'admettre prévue par le droit fédéral sans sélectionner les patients en fonction des prestations facturables. La contrainte a été admise par les tribunaux et n'empêche aucunement les établissements d'accueillir des patients au bénéfice d'assurances complémentaires.

Enfin, pour ce qui concerne la nouvelle lettre h, les établissements figurant sur une liste hospitalière doivent, en vertu de l'article 39, alinéa 1, lettre f LAMal, s'affilier à une communauté ou une communauté de référence certifiée au sens de la loi fédérale sur le dossier électronique du patient, du 19 juin 2015. La présente modification législative vise à exiger des établissements listés qu'ils s'affilient à la communauté de référence désignée par le canton. Le canton de Genève fournit en effet déjà, depuis plusieurs années, un réseau permettant de créer un dossier électronique du patient tel que défini par la loi fédérale. Afin de permettre des synergies et une meilleure prise en charge entre tous les acteurs connectés, il est nécessaire que tous utilisent le même outil.

Art. 16F, al. 2 (nouvelle teneur)

Le cofinancement du canton est désormais garanti également pour les assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire, lesquels n'avaient pas été pris en compte pour le calcul des besoins dans le cadre des planifications hospitalières jusqu'en 2019. En revanche, afin de s'assurer que les établissements listés ne procèdent pas à une sélection des risques et respectent l'obligation d'admettre tous les patients, le canton ne cofinancera les séjours de patients « avec complémentaire » qu'à la hauteur du nombre de patients AOS pris en charge. Cela permettra, en outre, d'éviter que tous les patients moins attractifs financièrement soient systématiquement adressés aux Hôpitaux universitaires de Genève, ce qui entraverait *de facto* leur libre choix tel que voulu par la LAMal. Ainsi, non seulement le canton permet aux assurés de se rendre dans l'établissement listé de leur choix, y compris ceux qui n'ont que l'AOS, mais il garantit également le respect de l'obligation d'admettre imposée aux établissements, tout en ne limitant pas son financement aux cas AOS. Il sied de préciser que les établissements peuvent bien évidemment accueillir autant de patients au bénéfice d'une assurance privée qu'ils le souhaitent. Les séjours qui seront effectués au-delà du ratio, le cas échéant, seront remboursés par les seules assurances, et non cofinancés par le canton.

Au bénéfice de ces explications, nous vous remercions, Mesdames et Messieurs les Députés, de réserver un bon accueil au présent projet de loi.

Annexes :

- 1) Planification des charges et revenus de fonctionnement découlant du projet*
- 2) Tableau comparatif comportant 2 colonnes : Teneur actuelle et Nouvelle teneur*

PLANIFICATION DES CHARGES ET REVENUS DE FONCTIONNEMENT DÉCOULANT DU PROJET
Projet de loi modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie
(LaLAMal – J 3 05)

Projet présenté par le département de la sécurité, de l'emploi et de la santé

<i>(montants annuels, en mio de fr.)</i>	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	dès 2027
TOTAL charges de fonctionnement	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Charges de personnel [30]	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Biens et services et autres charges [31]	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Charges financières	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Intérêts [34]	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Amortissements [33 + 366 - 466]	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Subventions [363+369]	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Autres charges [30-36]	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
TOTAL revenus de fonctionnement	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Revenus [40 à 46]	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
RESULTAT NET FONCTIONNEMENT	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Remarques :

Pas d'impact financier.

Date et signature du responsable financier :

25.02.2020



- 1 -
Tableau comparatif du projet de loi modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal) (J 3 05) du 29 mai 1997

Loi actuelle	Projet de modifications
<p>Art. 16B Liste hospitalière</p> <p>¹ Le Conseil d'Etat établit la liste hospitalière conformément à la législation fédérale et cantonale.</p> <p>² Tout établissement hospitalier, qu'il soit public ou privé, y compris les maisons de naissance, remplissant les exigences posées par l'article 39, alinéa 1, lettres a à c, LaLAMal, est susceptible d'être pris en considération lors de l'établissement de la liste hospitalière.</p> <p>³ La liste hospitalière garantit une offre suffisante de prestations par rapport aux besoins des habitants du canton en matière d'hospitalisation. Elle tient compte :</p> <p>a) des besoins couverts par l'offre des hôpitaux ne figurant pas sur la liste;</p> <p>b) des besoins couverts par l'offre des hôpitaux hors canton;</p> <p>c) des besoins couverts dans le cadre d'éventuels projets pilotes permettant la prise en charge de prestations dans des zones frontalières, au sens de l'article 36a de l'ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995.</p> <p>⁴ La liste hospitalière doit être rendue publique. Elle mentionne pour chaque établissement l'éventail de prestations pour lequel il est mandaté.</p> <p>⁵ Pour figurer sur la liste hospitalière, un établissement doit répondre aux critères suivants :</p> <p>a) être reconnu comme indispensable à la couverture des besoins des habitants du canton dans le domaine hospitalier, conformément à la planification cantonale;</p> <p>b) s'engager à développer et à exploiter des synergies entre hôpitaux en instaurant des collaborations transversales, notamment en matière d'utilisation des infrastructures, des compétences, des équipements et en matière d'échange électronique de données sur les patients;</p> <p>c) garantir une qualité dans la fourniture de ses prestations et répondre aux recommandations en la matière, notamment traiter un nombre suffisant de cas par discipline médicale;</p> <p>d) assurer le caractère économique et l'efficacité des prestations qu'il fournit;</p> <p>e) assurer la sécurité des patients;</p> <p>f) conclure avec l'Etat un mandat de prestations.</p>	<p>Art. 16B, al. 2 (nouvelle teneur), al. 5, lettres g et h (nouvelles)</p> <p>² Tout établissement hospitalier, qu'il soit public ou privé, y compris les maisons de naissance, remplissant les exigences posées par l'article 39, alinéa 1, lettres a à c et LaLAMal, est susceptible d'être pris en considération lors de l'établissement de la liste hospitalière.</p> <p>⁵ Pour figurer sur la liste hospitalière, un établissement doit répondre aux critères suivants :</p> <p>g) admettre, dans le cadre des prestations pour lesquelles le cofinancement de l'Etat est demandé en vertu de la planification hospitalière cantonale, au minimum 50% de patients au bénéfice de la seule assurance obligatoire des soins. Les modalités sont précisées dans les mandats de prestations;</p> <p>h) s'affilier à la communauté de référence prévue par la législation fédérale sur le dossier électronique du patient désignée par le canton.</p>

- 2 -

<p>Art. 16F Prise en charge des coûts</p> <p>¹ Les prestations hospitalières faisant l'objet d'un mandat de prestations sont rémunérées selon les structures tarifaires uniformes instaurées à l'échelon national.</p> <p>² Le canton cofinance les prestations réalisées. A cette fin, le Conseil d'Etat fixe, au plus tard 9 mois avant le début de l'année civile, la part cantonale de financement au sens de l'article 49a LAMal.</p>	<p>Art. 16F al. 2 (nouvelle teneur)</p> <p>² Le canton cofinance les prestations réalisées. A cette fin, le Conseil d'Etat fixe, au plus tard 9 mois avant le début de l'année civile, la part cantonale de financement au sens de l'article 49a LAMal. Il ne cofinance toutefois les prestations en faveur des assurés disposant d'une couverture d'assurance complémentaire privée que lorsque l'obligation d'admettre de l'article 16B lettre g de la présente loi est respectée.</p>
	<p>Art. 2 Entrée en vigueur</p> <p>La présente loi entre en vigueur le lendemain de sa promulgation dans la Feuille d'avis officielle.</p>

DGS/DAJ/AET-lbr/20.02.2020