

Date de dépôt : 11 août 2020

Rapport

de la commission de la santé chargée d'étudier :

- a) PL 12558-A Projet de loi du Conseil d'Etat modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal) (J 3 05)**
- b) PL 12667-A Projet de loi du Conseil d'Etat modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal) (J 3 05)**

Rapport de M^{me} Jocelyne Haller

Mesdames et
Messieurs les député.e.s,

Les projets de lois 12558 et 12667 ont été examinés par la commission de la santé lors des séances 22 mai, 12 et 19 juin 2020 sous la présidence de M. Pierre Nicollier. Les procès-verbaux ont été tenus avec rigueur par M^{mes} Mariama Laura Diallo et Eliane Monnin, qu'elles soient toutes deux chaleureusement remerciées pour la qualité de leurs retranscriptions des travaux de ces séances relatives aux objets cités en marge.

M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat du DSES, M. Adrien Bron, directeur général de la direction générale de la santé (DSES), et M. Nicolas Müller, directeur du service de la santé numérique, de l'économie de la santé et de la planification (SNEP – DSES), ont participé aux travaux de la commission. Ils ont apporté les éclaircissements et appuis nécessaires aux membres de celle-ci durant l'examen de ces textes.

Un préalable

Il faut noter que les projets de lois 12558 et 12667, aux thématiques particulièrement connexes, ont été traités simultanément. Ils ont aussi été examinés parallèlement au RD 1315 et à sa résolution afférente, la R 901 sur la planification sanitaire du canton de Genève pour les années 2020 à 2023. Les débats y relatifs ont été particulièrement mêlés, difficiles à désintriquer. C'est pourquoi, le parti a été pris de coupler dans un même rapport le compte rendu des travaux des PL 12558 et 12667 pour éviter de produire deux rapports quasiment identiques pour deux objets différents aussi complémentaires soient-ils.

Enfin, la rapporteuse prévient le lecteur que lorsque certains propos des intervenants lors des travaux de la commission se sont avérés soit éminemment techniques soit d'ores et déjà synthétiques ou affirmant des positions tranchées quelle ne voudrait pas risquer de trahir, elle s'est permis de les citer entre guillemets pour éviter toute distorsion ou paraphrase bêtifiante. Elle sollicite à cet égard la compréhension des lecteur.trice.s.

Présentation des projets de lois 12558 et 12667 par le département

M. Poggia informe les commissaires que ces deux projets de lois proposent respectivement des modifications de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal). Modification qui ont trait aux mandats et prestations donnés à l'ensemble des acteurs dans le domaine hospitalier.

Ces projets de lois s'inscrivent dans la foulée de l'arrêt du tribunal administratif fédéral (TAF) du 16 janvier 2019 consécutif au recours d'une clinique privée. Cette décision du TAF a eu pour effet de déclarer illégales les modalités en vigueur de la planification hospitalière du canton de Genève. Elle a contraint le canton à établir une nouvelle planification hospitalière instaurant une égalité de traitement entre les HUG et les cliniques privées en matière de financement et de mandats.

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

- *L'évaluation des besoins en soins et leur couverture par la liste hospitalière doivent prendre en compte l'intégralité des assurés LAMal, y compris ceux bénéficiant d'une assurance complémentaire d'hospitalisation privée/semi-privée.*

- *L'attribution des missions de la liste hospitalière et des cas correspondants aux établissements doit se faire de la même manière pour les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) que pour les cliniques privées (égalité de traitement).*
- *La fixation d'un taux minimum de patients au bénéfice de la seule assurance de base n'est admissible dans les mandats des cliniques privées que si les HUG sont soumis à la même obligation.*

M. Poggia indique qu'un accord a été trouvé avec les représentants des cliniques. Ce qui a permis le dépôt du PL 12558 le 21 août 2019 qui précise les nouvelles bases de cette planification hospitalière.

Entre temps, un travail plus approfondi a été réalisé par les services de la direction de la santé sur la planification 2020. Il a conduit à des réflexions qui ont donné lieu au PL 12667, qui vient en quelque sorte compléter le PL 12558.

M. Poggia énonce que la particularité du PL 12667 réside dans le taux de minimum de 50% de prise en charge par les cliniques privées d'assurés uniquement au titre de la LAMal pour que la participation cantonale de 55% aux frais de l'hospitalisation de tous les assurés LAMal (avec ou sans assurance complémentaire) puisse intervenir. L'objectif avoué de cette disposition vise à éviter une sélection des patients les plus « rentables » par les cliniques privées et un défaussement sur les HUG de toutes les autres situations, sachant que les HUG sont, quant à eux, soumis à « l'obligation d'admettre », ce qui était le cas avant 2012.

Aussi, déclare M. Poggia pour éviter le cas de figure où de l'argent public viendrait financer la prise en charge de patients privés dans des cliniques privées, et pour que ces dernières participent à la prise en charge des hospitalisations d'une partie de la population – ce qui permettra d'alléger la charge des HUG – cette règle de 1 patient exclusivement LAMal pour 1 patient LAMal et LCA (Loi sur le contrat d'assurance, soit loi sur les assurances complémentaires) a été définie. Elle a été acceptée par les partenaires concernés. Il mentionne à ce propos que le canton de Saint-Gall applique cette même règle et que le TAF lui-même l'a entériné en juillet dernier estimant que pour éviter la sélection des risques cette disposition pouvait s'appliquer.

M. Müller attire l'attention de la commission sur le fait le PL 12558 consiste à adapter la LaLAMal de sorte à en extraire les points rendus problématiques par l'arrêt du TAF. Il s'agit de la limitation quantitative des cas, de la nécessité de fournir la comptabilité analytique complète des établissements qui voudraient être inscrits sur la liste hospitalière afin de

pouvoir se prononcer sur l'économicité des prestations, et une modification liée, à savoir celle de la loi sur les établissements publics médicaux pour expliciter le fait que dorénavant, les HUG ne bénéficieraient plus d'une indemnité globale pour les prestations de soins, mais seraient tenus au même régime que les établissements privés qui facturent la prestation au canton.

Auparavant, le contrat de prestations de prestations des HUG prévoyait trois rubriques : les prestations de soin, les prestations d'intérêt général et la formation et recherche. Désormais, seules les deux dernières lignes y apparaîtront. Les prestations de soins stationnaires étant dorénavant facturées à la prestation au canton

M. Müller précise que le PL 12667 a été déposé après une certaine avancée des travaux de planification et que les mandats de prestations avaient été rédigés. Il propose d'inscrire dans la LaLAMal le principe du 50-50%, sachant que le Tessin pratique déjà de la sorte et que le recours interjeté contre cette disposition auprès de Tribunal fédéral a été rejeté. Il comprend en outre l'inscription dans la LaLAMal d'une obligation de s'affilier à une communauté de référence désignée par le canton pour les hôpitaux et établissements qui figurant sur la liste hospitalière. Il s'agit d'une mesure similaire à celle inscrite dans la LORSDom L'objectif visant à favoriser les synergies entre les établissements inscrits sur la liste hospitalière et les membres du réseau de soin.

Questions des commissaires et discussion

Un commissaire socialiste voudrait savoir si les cliniques ont été consultées sur ces objets et quelles ont été leurs réactions. Il s'enquiert en outre de l'éventuelle urgence qu'il y aurait à approuver ces projets de lois, et si le département aurait des auditions à suggérer.

M. Bron lui indique qu'il n'y a pas eu de consultation, car ces deux projets de lois sont la traduction de l'arrêt du TAF, notamment en ce qui concerne la suppression de la notion de volume maximum et de l'égalité de traitement avec les HUG. Il relève que de fait, il n'y a pas eu de consultation formelle sur le PL 12667 mais qu'ils ont entretenu des discussions permanentes avec les cliniques privées et avec la commission consultative de planification hospitalière. Par ailleurs ces points ne font pas l'objet de recours dans les mandats qui sont en voie de signature avec les cliniques. Il constate que ces règles ne font actuellement pas l'objet de contestations.

Il précise enfin qu'il n'y a pas d'urgence particulière. Le département peut en l'état avancer dans la validation des mandats de prestations avec les

cliniques en 2020. Le PL 12667 ayant pour but d'ancrer dans la loi les éléments déjà présents dans les mandats.

Un commissaire PDC s'interroge sur une éventuelle contradiction entre la lettre c, al. 3 de l'art. 16C du PL 12588 et la lettre g de l'art. 16B, al. 5 du PL 12667.

M. Müller répond que ce n'est pas le cas. Cette notion de disponibilité comprise dans la lettre c de l'alinéa 3 est nécessaire, car il n'y aurait aucun sens à forcer un établissement à admettre des patients en tout temps s'ils ne sont pas en mesure de le faire sans risquer de les mettre en danger. A plus forte raison qu'en réalité les lits et salles d'opération ne sont pas toujours disponibles.

Quant à la règle du 50-50% prévue à la lettre g de l'alinéa 5, elle repose sur l'art. 41A LAMal qui stipule qu'il y a une obligation d'admission dans les hôpitaux et que les cantons peuvent vérifier cette obligation d'admission. *« La règle du 50-50 est là pour s'assurer qu'on ne dérive pas trop de l'obligation d'admission et qu'il n'y ait pas une sélection de manière globale sur l'année... et qu'elles (les cliniques privées) participent à la couverture des besoins en soins de toute la population LAMal ».*

Le commissaire en question demande quels sont les moyens pour le département de veiller au respect de ces mesures et éviter des distorsions.

M. Poggia remarque que les art. 16C et 16B traitent du même contexte, l'un sous l'axe des listes hospitalières et l'autre pour ce qui a trait aux mandats de prestation. Il précise qu'une clinique reste libre de déterminer combien de patients privés elle veut accueillir. L'objectif visé en revanche est d'éviter les rejets de patients. Si un cas de refus d'admettre devait subvenir, une sanction serait alors possible tant au niveau de la liste hospitalière que du mandat de prestations.

Il précise que si une clinique prétendait à la participation du canton financière du canton pour un patient privé, il faudrait qu'elle ait pris simultanément le même nombre de patients LAMal. Ce qui sera vérifiable par le nombre de patients LAMal pour lesquels le canton aura payé et la quantité de patients privés facturés. Ainsi concrètement : si une clinique accueille 500 patients privés et n'accepte que 200 patients LAMal, le canton ne prendra en charge la part cantonale que pour 200 patients privés. Les 300 autres patients privés seront exclusivement pris en charge selon les règles des assurances privées. La présentation de la comptabilité analytique de l'établissement devant permettre de vérifier la répartition entre patients privés et LAMal.

Le même commissaire PDC remarque que la principale critique de l'ancien système est que souvent l'admission des patients LAMal était refusée au motif de manque de place. Il craint que le nouveau système ne résolve pas ce problème.

M. Poggia comprend qu'il évoque là des situations où des patients Lamal seraient exclus au profit de patients privés. Il indique que si tel devait être le cas, alors cela aurait des répercussions sur le prochain mandat de prestations de l'établissement en question. Cela étant, la règle du 1patient LAMal pour tour 1 patient LAMal+LCA s'appliquant, selon l'exemple concret énoncé plus haut, il reste une marge de manœuvre pour l'établissement de déterminer de quel volume de la part cantonale il entend bénéficier.

Il rappelle que la répartition s'effectue sur appel d'offres. Dès lors qu'une clinique postule, on peut en déduire qu'elle entend accueillir des patients LAMal. Il n'écarte pas l'hypothèse que des cliniques postulent à l'instigation d'assurances privées pour que les premières bénéficient d'un financement cantonal.

Il signale qu'à Genève la part de patients au bénéfice d'une couverture privée était de 36%. Ce qui représente une proportion plus élevée que dans les autres cantons. Il semble qu'elle ait quelque peu baissé depuis quelque temps. Ce pourcentage est difficile à identifier ; par contre le pourcentage exact de cas hospitaliers hospitalisés sous le régime de l'assurance complémentaire est connu et se situe entre 30 et 35%.

Un commissaire PLR concernant la lettre e de l'art. 16C du PL 12558 voudrait savoir si les états financiers renvoient seulement à la comptabilité analytique spécifique aux cas qui rentreraient dans le cadre du mandat de prestations. Et dans le cas contraire comment la chose a été perçue par les cliniques privées

M. Poggia lui indique que la lettre e figure déjà dans la loi, mais qu'elle a été complétée par la mention de « *et conformément aux exigences des organismes financeurs* ».

M. Müller précise qu'auparavant seuls les chiffres relatifs la comptabilité dans le cadre du mandat de prestation étaient requis. Aujourd'hui c'est l'intégralité des chiffres qui est revendiquée. Ceci s'avère nécessaire, car pour déterminer l'économicité des prestations d'un établissement, l'on doit « *connaître son activité globale pour s'assurer qu'il n'y ait pas de financement croisé entre l'assurance de base et les assurances complémentaires qui permettrait aux établissements de faire un prix d'appel très pas pour l'AOS* ».

Enfin sur la manière dont cette proposition de modification de la loi a été accueillie, il note qu'en général « aucune entité privée ne voit d'un bon œil le regard de l'Etat dans ses comptes ».

M. Bron complète cette réponse en relevant que la Suisse alémanique au contraire de Genève, a développé une plus grande transparence, notamment en raison de l'importance des mandats publics confiés aux cliniques privées de cette région. Le fait que les cliniques privées genevoises n'aient toujours pas donné leurs chiffres de compatibilité analytique dans les benchmark intercantonaux est une autre manifestation de cette non-transparence locale. Or, avec les nouveaux mandats de prestations et la dynamique sur lesquels ils reposent, cette situation devrait changer.

Le même commissaire PLR demande au sujet de l'art. 2A du PL 12558 si cela ne porte que sur les EPM et s'il n'est pas concevable qu'une clinique privée puisse faire de la formation ou se voir octroyer une mission d'intérêt général.

M. Bron répond qu'il s'agit effectivement d'une modification de la loi sur les EPM qui précise le nouveau périmètre du contrat de prestations. Mais cela n'exclut pas qu'on puisse accorder d'autres missions d'intérêt général aux établissements privés.

Le commissaire en question revenant sur le PL 12667 et le seuil de 50% qui y est inscrit pour les cliniques privées, demande d'où vient ce chiffre, s'il se réfère à des pratiques antérieures ou s'il est déterminé par d'autres considérants. Il précise que sa question porte sur les HUG qui atteignent de toute façon le minimum de 50%.

M. Poggia précise qu'il ne s'agit pas de présenter 50% de cas LAMal sur l'ensemble des patients hospitalisés, mais que le financement de la part cantonale n'interviendra que pour autant que la règle d'un patient LAMal pour un patient LAMal + LCA soit respectée.

Il insiste sur le fait qu'il peut y avoir beaucoup plus d'assurés privés dans les cliniques. Cependant tout ce qui n'est pas égal à 1 pour 1 sera uniquement financé par le privé. Pour les HUG, le 1 pour 1 est réalisé puisqu'ils ont plus d'assurés uniquement LAMal. En revanche ces derniers bénéficieront également d'un financement cantonal pour l'ensemble de leurs patients privés. Ce qui n'était pas le cas par le passé. Il conclut en disant que l'avenir dira si l'arrêt du TAF constitue véritablement une victoire pour les cliniques privées genevoises.

M. Müller signale que, en ce qui concerne les données antérieures, on se référerait à une répartition de 70% de situations uniquement LAMal et de 30% LAMal+ LCA hospitalisées dans l'ensemble du canton. Un taux semblable à

celui rencontré au Tessin, où considérant que le seuil de 50% est inférieur à la proportion identifiée dans la population, le TF a considéré qu'il n'y avait pas d'entrave à la liberté économique, même en faisant du 50-50%.

M. Müller mentionne que *« l'hôpital de la Tour qui a fortement contribué à la prise en charge de patients durant la crise du COVID pour décharger les HUG, ne pouvant plus faire de sélection de cas, s'est retrouvé pendant un mois avec un rapport de cas de 70-30 »*. Il observe qu'il s'agit là du rapport observé de manière générale dès lors qu'une sélection n'est plus opérée.

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

Le président accueille les auditionnés en précisant qu'ils seront entendus sur plusieurs objets, notamment sur le rapport sur la planification sanitaire cantonale pour les années 2020 à 2023, ainsi que sur les PL 12558 et 12667 et qu'il considère que leur position sur la planification reflètera celle pour les deux projets de lois.

M. Rufenacht explique que la planification a fait l'objet d'un dialogue permanent avec le département. Il se félicite que l'arrêt ait conduit à une juste application de la LAMal. Ce qu'il considère n'avoir été le cas auparavant. Il relève que cela a permis d'entrer dans une dynamique constructive et que des discussions ont lieu avec le département concernant la mise en application et le mandat octroyé à chaque clinique.

Si M. Alfonso reconnaît que le modèle qui en ressort, outre d'être plus conforme à la LAMal, ressemble de très près à toutes les applications réalisées dans la planification hospitalière en Suisse, il met en question le taux 50% prévu pour le financement par le canton des cas présentant une assurance privée. L'association qu'il représente ne comprend pas « pourquoi un assuré privé souscrivant à une assurance complémentaire perd une fois sur deux le droit de bénéficier du cofinancement cantonal sachant qu'il s'agit d'un citoyen comme un autre ». M. Alfonso rappelle que ce pourcentage est différent dans de nombreux cantons. D'aucuns ne l'appliquent pas et d'autres se réfèrent à un taux moins élevé.

M. Ruffenacht exprime au nom de son association le souhait que les prestations d'intérêt général (PIG) et leur financement ne soient pas exclusivement réservées aux HUG. Il relève, à cet égard, que le canton de Genève présente par habitant le taux de PIG le plus élevé de Suisse. Il pense qu'il serait souhaitable d'envisager que les PIG fassent l'objet d'un appel d'offres dans le cadre de partenariats public-privé auquel les cliniques privées pourraient répondre. Il évoque à ce propos l'engagement des cliniques

privées en faveur de l'intérêt général au travers de la crise de la Covid19 ; au cours de laquelle elles se sont engagées en mettant leurs infrastructures et leurs soignants à contribution. Il estime que *« des efficiences et des réponses pourraient ainsi être apportées alors qu'actuellement le canton finance toutes les demandes sans suivre une règle stricte. La solution proposée permettrait d'apporter une lisibilité à ces financements et de la transparence vis-à-vis de tous les acteurs. »*

Un commissaire PDC demande aux auditionnés quelle est leur position à l'égard de l'article 16C alinéa 3 lettre e du PL 12558 qui oblige les établissements à fournir l'intégralité de leur comptabilité.

« M. Rufenacht indique que dans le cadre des mandats de prestations, des conventions sont signées avec le canton, qui fixent le mode de transmission d'informations sur les comptes. Il souligne qu'il existe plusieurs interprétations de ce texte, qui peut signifier, soit que les cliniques doivent fournir l'entièreté de leurs comptes, soient qu'elles doivent uniquement fournir les comptes correspondant aux prestations cofinancées, la deuxième interprétation étant celle qui est utilisée aujourd'hui. »

Premièrement, dans le cadre des contrats liés aux mandats de prestations, M. Rufenacht signale que le type d'information qui doit être fourni a été mis au clair avec le département. Deuxièmement, si les cliniques devaient fournir l'ensemble de leur comptabilité sur le fait même que le canton cofinance 10% de leur activité stationnaire, une notion de proportionnalité devrait être mise en avant. En effet, il ne semble pas justifié de fournir l'ensemble de la comptabilité des cliniques pour une si faible proportion de cas cofinancés. De la même manière, lorsque le canton achète des prestations à des sociétés externes, il ne demande semble-t-il pas la comptabilité de l'ensemble des fournisseurs. »

Le même commissaire PDC lit le commentaire de l'annexe 3 relative à l'article 16C alinéa 3 lettre e : *« Par ailleurs, les établissements doivent fournir à l'Etat leur comptabilité complète et non plus uniquement celle relative à la part définie par le mandat de prestations. En effet, selon la LAMal, les cantons doivent vérifier la qualité et le caractère économique de tout établissement figurant sur la liste hospitalière. Ces critères ne peuvent être évalués que sur la base d'une comptabilité intégrale et non partielle. »*

M. Alfonso insiste sur le fait que les mandats de prestations représentent un faible part de l'activité des cliniques, soit entre 5 à 10%. Il précise par ailleurs que *« le canton ne cofinance pas le package complet pour un assuré privé et certaines activités des cliniques n'ont rien à voir avec la LAMal aujourd'hui, notamment celles qui sont reliées à la patientèle étrangère et*

aux patients de grandes organisations internationales qui sont assurés par des assurances internationales, ce qui représente 10 à 30% de l'activité selon les cliniques ». Il estime en outre qu'il « *faut également prendre en compte les activités annexes, telles que les parkings ou les restaurants, qui ne sont pas liées à l'assurance de base ou à l'assurance complémentaire. Aujourd'hui, il s'agit de parler spécifiquement de l'activité hospitalière, mais si l'activité globale de la clinique est prise en compte, alors les mandats de prestations ne représentent plus que 5% maximum du chiffre d'affaires.* »

Le commissaire PDC dit partager l'interrogation de Ms Rufenacht et Alfonso et ne pas comprendre pourquoi l'intégralité de la comptabilité devrait être fournie, c'est pourquoi il pense qu'une partie des députés ne votera pas ce projet de loi.

M. Rufenacht estime pertinent d'assurer la transparence des comptes sur les tâches mandatées, mais il ne peut souscrire à l'obligation de transmettre la comptabilité complète de l'établissement. Il déclare que l'association Genève Cliniques s'opposera fermement au projet de loi 12558, comme elle le fait déjà aujourd'hui.

Une commissaire PLR comprenant que des assurés privés perdent la part de financement cantonal à cause de cette nouvelle répartition AOS/LCA, demande comment cela se répercute sur leurs factures. Elle voudrait savoir de surcroît si le pourcentage de 50% risque de poser un problème opérationnel et si d'autres cantons soumettent les PIG à des appels d'offres.

M. Alfonso indique qu'aujourd'hui à Genève, les assurances complémentaires doivent financer la différence, ce qui n'est pas le cas dans un canton comme Zurich. Ce qui risque évidemment de se reporter sur l'augmentation des primes.

Il mentionne en outre que « *les cliniques, en tant qu'entreprises genevoises, ont énormément de problèmes pour signer des contrats avec des assureurs suisses qui mettent de plus en plus de pression sur les prix en raison du fait qu'ils sont obligés de cofinancer une part qui, selon la LAMal, ne devrait pas l'être. L'association comprend que le principe de pourcentage peut être appliqué, mais elle n'y souscrit pas et aurait préféré que le pourcentage soit plus en relation avec l'activité actuelle des cliniques. Plus précisément, le pourcentage de 50% est très loin de la réalité, sachant que 3 à 7% des assurés en clinique n'ont pas d'assurance complémentaire. Il aurait pu être intéressant de commencer à 10%, puis de monter à 20% et à 30% afin d'évoluer de manière progressive le temps que l'activité d'assurance obligatoire se mette en place.* »

Sur la question de l'opérationnel, il indique que cela ne pose pas de problème, notamment car le département a trouvé des solutions pragmatiques pour faire des décomptes annuels plus simples. Il attire l'attention de la commission sur le fait que *« Cependant, les cliniques ont des débats avec des assurances comme Helsana qui demandent pourquoi le cofinancement pour leurs assurés n'est pas plus élevé ou plus bas. Opérationnellement, cela ne risque pas de poser problème, mais la situation est politiquement compliquée avec les assurances, car certaines disent qu'elles ne signeront pas de convention avec les cliniques si elles n'ont pas l'entier du cofinancement. »*

Pour ce qui relève des pratiques relatives aux PIG dans d'autres cantons, il confirme que certains ouvrent les appels d'offres aux cliniques privées. Toutefois, il pense qu'il serait nécessaire préalablement de mieux définir les PIG. Aujourd'hui, le projet de loi décrit les PIG par des exemples, mais il considère que cela demeure flou et qu'il faudrait détailler ces dernières.

Un commissaire PLR s'intéresse particulièrement à la question politique du coût de production des DRG qu'il met en lien avec l'exigence contenue dans le projet de loi de fournir la comptabilité détaillée de l'établissement pour bénéficier du financement cantonal. Il émet l'hypothèse que cela soit en lien avec la nécessité connaître le prix qui a été négocié, que ce soit le prix public pour la valeur des points DRG, valeur cantonale, ou éventuellement dans le cadre des négociations avec les assureurs privés qui pourraient prendre en compte la facturation DRG, compte tenu du fait que la valeur du point est différente. Il relève l'autre aspect de la question du prix. Il remarque *« qu'en l'occurrence, il s'agit du coût de production en termes de comptabilité analytique, du montant imputable à tous les cas qui vont être attribués à un forfait DRG. La problématique, avant d'être une question de transparence sur les activités économiques des cliniques, est celle de l'égalité en termes de méthode dans tous les établissements privés et publics et celle de pouvoir indiquer que les cas attribués à tel DRG sont imputables de telle manière et qu'il existe des coûts directs et indirects avec des règles d'imputation. Si cela est requis, le commissaire en question voudrait savoir si les cliniques peuvent fournir les éléments de coût par cas, et si cela est acceptable et faisable »*.

M. Rufenacht déclare qu'il n'y a pas eu de concertation à ce sujet. Il a en revanche un avis tranché sur la question, qu'il résume ainsi : *« Aujourd'hui, les tarifs des DRG qui sont pratiqués aussi bien pour l'hôpital cantonal que pour les cliniques ne correspondent pas au coût, il s'agit de négociations paritaires. La loi prévoit un benchmark de l'ensemble des hôpitaux suisses et une transparence sur les coûts dans le cadre des mandats de prestations, sachant que l'objectif est qu'une compétition se mette en place entre les*

hôpitaux et que le canton puisse choisir sur des éléments pragmatiques et économiques des mandats de prestations avec les partenaires qui postulent à un appel d'offres et puisse acheter des prestations aux prix les plus bas.

Le but de cette loi est donc de payer le moins cher possible tout en associant un critère qualitatif. Aujourd'hui, le tarif est négocié et n'est plus « benchmarké » en fonction des coûts, à savoir que les prestataires de soin négocient un tarif DRG avec les assureurs sur une base de benchmark total de la Suisse. L'objet de cette transparence de coût n'est donc, selon M. Rufenacht, plus d'actualité. Il s'agit à présent d'une question de compétition de tarifs et non de coûts c'est pourquoi il faut faire en sorte que les coûts correspondent à des tarifs, sachant que la fixation des tarifs ne correspond plus aux coûts réels d'exploitation. »

M. Alfonso ajoute qu'une méthode pour comparer les coûts en Suisse (DACA) est disponible. Elle est relativement reconnue. Celle-ci se base sur les hôpitaux publics ; or les conditions ne sont pas les mêmes qu'en cliniques privées, ne serait-ce qu'en ce qui concerne la rétribution des médecins ou le type d'employés. Il rappelle que le tarif à Genève a été fixé par le tribunal. Il s'interroge sur le fait que les 15% supplémentaires payés aux HUG couvre leurs coûts et s'ils pourraient continuer à fonctionner sans cette enveloppe de 2,4 milliards. Il affirme qu'actuellement le tarif en vigueur n'est plus en relation avec les coûts réels, qu'il n'a pas été modifié depuis 2013 ou 2014 alors que le coût de la vie a quant à lui augmenté.

« M. Rufenacht explique que les valeurs des points DRG baissent et donc que c'est aux hôpitaux d'adapter leur structure de coût pour correspondre à un prix fixé qui baisse avec le temps. L'hôpital peut être financé par les prestations et les cliniques, dans le cadre des mandats de prestations, doivent être à l'équilibre avec ces tarifs pratiqués. Le coût est finalement peu contributif à la fixation des tarifs. »

Le commissaire PLR insiste sur le fait que la partie de la loi auquel il faisait référence détermine les conditions nécessaires à la conclusion d'un mandat de prestations. L'article 16C correspond à ses yeux à une exigence de méthode de comptabilité analytique. Il relève la structure de coûts d'un hôpital n'est pas tout à fait comparable à celle d'une clinique. Il souhaite savoir s'il est possible pour les cliniques de fournir ces données qui représentent les conditions nécessaires à la signature d'un contrat de prestations.

M. Alfonso lui répond que cela est possible avec le modèle DACA, mais que la difficulté réside dans l'interprétation de ces différences, sachant que même la comparaison entre les cliniques sur des modèles relativement

similaires n'est pas simple. Il existe davantage d'indépendants dans ces dernières que dans des hôpitaux et environ 30% des coûts d'un DRG correspondent à l'honoraire médical.

Le commissaire PLR réagit « à la question posée concernant la couverture des coûts par le biais des activités. Il souligne que le département a déposé le projet de loi 12722 qui vient d'être transmis à la commission des finances et qui accorde une indemnité annuelle de fonctionnement aux HUG pour les années 2020 à 2023. Ce projet de loi prévoit de verser quatre tranches de 2020 à 2023 d'un montant de 200 millions pour des prestations de formation et de recherche, de 200 millions pour les indemnités relatives aux missions d'intérêt général et de 200 millions pour l'indemnité résiduelle pour sous-couverture des structures tarifaires. Il regrette que la question ici discutée n'ait pu être intégrée dans le cadre des réflexions de la commission de la santé qui essaye d'être cohérente et de travailler sur les éléments en lien avec la planification sanitaire. Ce projet de loi démontre que les HUG ont besoin de 600 millions supplémentaires par année pour financer la formation et la recherche, les missions d'intérêt général et la sous-couverture d'un coût notamment lié à la masse salariale. »

M. Rufenacht rapporte la volonté des cliniques de ne pas participer aux PIG qu'en cas de crise aiguë. Il lui semblerait plus logique qu'elles puissent répondre dans le cadre de partenariat, notamment en termes de formation. Celles-ci étant parfois plus impliquée dans des programmes de formation qu'il leur arrive de financer seules. Il lui paraît aussi qu'elles puissent répondre de manière plus économique à des appels d'offres que les HUG s'agissant de programmes spécifiques de formation qu'elles développent en leur sein.

Un commissaire PDC revenant sur la règle des 50% estime que le TAF indique explicitement que l'entier des patients privés d'une clinique devraient bénéficier de la part cantonale, car ces personnes sont assurées tant en LAMal qu'en LCA.

M. Alfonso acquiesce, pour lui un assuré, en tant que citoyen doit être financé par l'Etat. Aussi, indique-t-il, le comité de Genève Cliniques ne souscrit pas à ce pourcentage, car il considère qu'il génère des discriminations entre assurés par le fait que certains pourraient être co-financés et d'autres pas. Il pense qu'« en principe, un citoyen suisse qui paie la LAMal, qui a une assurance privée et qui paie ses impôts à Genève ne devrait pas avoir à souscrire une assurance plus chère parce que le canton ne peut pas payer. »

Au terme de l'audition, traitant de l'organisation de la suite des travaux, le président propose de lier les PL 12558 et 12667.

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

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

M. Levrat se dit favorable au PL 12558 afin d'assurer un contrôle des coûts. Il sera ainsi possible d'objectiver un certain nombre d'éléments et de vérifier certains présupposés, tel celui – qui ne lui semble reposer sur aucun fondement – d'un coût des cliniques privées plus bas que ceux des HUG.

Un commissaire PDC demande quelle sera l'incidence du PL 12667 sur les HUG avec la règle d'un patient LAMal pour un patient LAMal+LCA. Il voudrait savoir si les patients LAMAL pourront aller en division privée aux HUG.

Sur cette question M^{me} Rorive Feytmans lui signale que le volume traité par la division privée représente moins de 10% de l'activité des HUG. Les patients LAMal y représentent 92% de l'activité. Les HUG entrent donc naturellement dans la norme 50-50%.

Quant à savoir si un patient LAMal pourrait demander à être placé en division privée, elle répond que non. Il en sera de même dans des établissements privés, car ceux-ci différencieront les dispositifs d'accueil de ces deux populations et mettront très certainement en place des unités dédiées pour les patients LAMal. Elle rappelle à cet égard que la loi précise que le patient peut aller dans l'établissement de son choix, et non qu'il a le choix d'aller dans la division privée dudit établissement. Elle ne voit pas à quel titre

un assuré n'ayant pas de couverture pour la division privée pourrait aller en division privée.

Un commissaire PLR questionne les auditionnés sur le PL 12558 et s'ils seraient favorables à son adoption. En ce qui concerne l'article 2A alinéa 2, il voudrait savoir s'ils pourraient lui indiquer pour ce qui est de la formation et de la recherche, la part qui relèverait éventuellement de la formation et de la recherche universitaire bénéficiant d'un financement idoine.

M^{me} Rorive Feytmans précise que les HUG sont en charge de la formation postgrade, alors que la formation pré-grade relève de la compétence de l'université. Dans certains cantons l'université contribue à la formation postgrade. Ce qui n'est pas le cas à Genève, relève-t-elle. Elle poursuit en indiquant que *« ce qui est financé à l'hôpital est la recherche clinique, il y a une partie de fonds de tiers et une partie financée par l'indemnité de l'Etat. Dès lors que des patients sont enrôlés dans un protocole de recherche clinique, c'est à charge de l'hôpital même si cela se fait en étroite collaboration avec des équipes universitaires. L'Université peut payer certains chercheurs, l'hôpital paie l'autre partie des chercheurs et le dispositif d'accueil. »*

M. Levrat relève qu'il ne s'agit pas de montants différents, mais d'une manière différente de les présenter, qui se distingue du système des prestations payées à l'acte. L'arrêt du TAF modifie le rapport entre l'Etat et les HUG pour ce qui concerne les prestations de soins, mais pour la formation, la recherche et les missions d'intérêt général, les montants ne sont pas différents de ceux qui existaient dans le passé.

Enfin, en ce qui concerne le PL 12558 il répète que celui-ci convient pour les HUG.

Un commissaire PLR considère que ce qu'il peut y avoir de déterminant dans le fait de contracter une assurance privée est la possibilité d'accéder au médecin de son choix. La question du confort lui semblant secondaire. Un libre choix du médecin qui ne lui apparaît pas aux HUG. Il se demande s'il n'y aurait pas lieu de favoriser une meilleure adéquation avec les attentes des patients.

M. Levrat lui rappelle que les patients bénéficiant d'une assurance le leur permettant ont aussi accès à la division privée des HUG et peuvent à ce titre également accéder au médecin de leur choix. Le contexte actuel pose la question d'un éventuel doublement de leur division privée. Cependant cette éventualité se réaliserait au détriment d'autres spécialités de médecine ou de l'hôpital public. Il constate en outre que lorsqu'on évoque la question de la concurrence favorisée par l'arrêt du TAF, elle ne semble se concevoir qu'en

faveur des cliniques privées. Or, on pourrait imaginer, dit-il, que les HUG ouvrent des lits supplémentaires pour la division privée d'un médecin donné. Il estime qu'il faut trouver un juste équilibre entre des prestations que l'on se doit d'assurer pour l'ensemble de la population et des prestations plus rentables. Il n'exclut pas qu'à moyen terme, la taille de la division privée des HUG augmente.

Le commissaire PLR précise que sa question visait les patients qui ont une assurance de base et qui se rendent dans une clinique. Il affirme que le même patient aux HUG n'a pas vraiment le choix de qui va intervenir.

M. Levrat lui répond que l'on ne sait en l'état comment les cliniques privées gèreront cet aspect. Mais que le cas échéant cela interrogerait sur l'opportunité de contracter des assurances complémentaires.

Une commissaire PLR revenant sur la question de la formation demande si les cliniques qui forment des médecins reçoivent également un financement du canton pour leur participation à la formation postgrade.

M. Levrat l'informe que la plupart des médecins sont dans « des stages en rotations ». Ce sont des médecins internes que les HUG « passent » au niveau des cliniques. Il n'y a pas à sa connaissance de subvention directe aux cliniques, mais en revanche cela fait l'objet de facturations entre les HUG et les cliniques, sachant que la responsabilité des HUG est d'encourager ce type de rotations.

Un autre commissaire PLR questionne les auditionnés sur l'article 16B alinéa 5 lettre h du PL 12667. Il souhaite savoir où en sont les HUG par rapport à leur affiliation à une communauté de référence sachant que le département avait indiqué que pour le moment il était problématique de s'inscrire à une communauté de référence.

M^{me} Rorive Feytmans indique que le processus se poursuit, mais que pour l'heure c'est la mise en place d'une communauté de référence qui s'avère complexe. Les HUG disposent de 50 000 participants prêts à participer. L'incitation se poursuit, elle est systématique.

M. Bron ajoute que les HUG sont déjà affiliés à CARA, qui doit encore être certifié par l'office fédéral de la santé publique (OFSP). Or, la mise en place de la législation fédérale y-relative est très compliquée. Dès que CARA sera à disposition, affirme-t-il, c'est la communauté qui sera utilisée pour les établissements publics médicaux.

Discussion et vote sur les PL 12558

Un commissaire PLR indique que son groupe acceptera ce projet de loi qui fixe les règles liées à la mise en place des mandats de prestations sur les principes des appels d'offres, afin de tendre vers une transparence des coûts avec des outils analytiques uniformes. Il estime que c'est une réponse claire à une situation nouvelle et nécessaire.

Une commissaire EAG indique que son groupe acceptera ce projet de loi. Il lui apparaît comme la conséquence logique de la décision du TAF qui demande la mise en place de modalités qui rendent transparent l'exercice.

Une commissaire Verte déclare que les Verts soutiendront ce projet de loi

Un commissaire PDC sollicite une clarification du département, car il note ce qui lui paraît comme une contradiction entre le commentaire article par article et notamment l'article 16C alinéa 3 lettre e relatif à la fourniture de la comptabilité complète. Il voudrait s'assurer de la teneur de cette disposition.

M. Müller rappelle que M^{me} Rorive Feytmans avait évoqué en matière de transparence la nécessité que les établissements calculent les coûts de la même manière ; et que la norme suisse REKOLE est désormais exigée pour tous les établissements qui participent à la liste hospitalière. Il est évident que pour s'assurer de la transparence des coûts une vision de toute la comptabilité d'un établissement qui est cofinancé est indispensable. Au même titre que cela est nécessaire *« pour s'assurer que le modèle de comptabilité analytique qui produit le coût par cas contient l'intégralité des coûts et qu'il n'y ait pas des financements croisés entre l'assurance privée et de base qui permettrait de faire baisser le coût du point, ce qui est impossible à vérifier si on n'a pas l'intégralité de la comptabilité »*. Il précise qu'il est impératif *« que l'intégralité de coûts soit intégrée dans la comptabilité analytique afin de répondre à l'exigence de la LAMal qui prévoit que l'économicité soit vérifiée »*.

Le commissaire PDC en question comprenant que la comptabilité complète de l'établissement est requise, il annonce que son groupe refusera ce projet de loi.

« M. Poggia explique que le TAF dit qu'on doit donner des mandats sur la base de plusieurs critères, dont l'économicité qui est le coût de production de la prestation. C'est la raison pour laquelle on ne peut pas se fier au prix et on doit chercher le coût. Les cliniques privées disaient toujours que les prix négociés avec les assureurs sont plus bas que les HUG. Il faut pouvoir contrôler les financements croisés, c'est-à-dire le fait d'utiliser l'argent que

l'on reçoit des patients privés pour faire baisser artificiellement le coût des patients LAMal. Les cliniques l'ont par ailleurs accepté. »

M. Bron renchérit en précisant « *qu'avec les nouvelles modalités d'octroi des mandats et la nouvelle liste hospitalière, il n'y a plus de limite de cas, donc si on postule pour un pôle, on ne peut pas savoir combien on fera de cas. La seule manière de contrôler l'économicité est d'avoir la comptabilité. La situation genevoise antérieure avait protégé les cliniques privées de l'obligation de donner la comptabilité complète. Il faut savoir que c'est très hétérodoxe par rapport à tout ce qui s'est développé en Suisse et que toutes les cliniques donnent leur comptabilité complète et c'est un élément central de la comparaison tant par l'OFSP que la CDS des coûts des hôpitaux. Les seules cliniques qui n'apparaissent pas dans ces comparaisons nationales sont les cliniques privées genevoises. »*

Le commissaire PDC rappelle qu'il avait posé cette question lors de l'audition des représentants de Genève Cliniques et qu'il en a retiré le sentiment qu'elles n'avaient pas compris les choses ainsi. Il estime problématique que le projet de loi laisse subsister un doute quant à son interprétation. Il n'est pas favorable à ce que les cliniques fournissent l'entier de leurs comptes. Il a l'impression qu'il y a dans cette exigence une manifestation de défiance. Il propose de supprimer le « y relatif » à l'article 16C alinéa 3 lettre e. Il demande par ailleurs s'il ne serait pas opportun d'entendre à nouveau les représentants des cliniques privées pour ne pas laisser subsister une incompréhension qui pourrait nous conduire devant les tribunaux.

Il propose formellement l'amendement suivant à de l'art. 16c al. 3 lettre e : **Fournir, annuellement, et conformément aux exigences des organismes financeurs, un décompte détaillé des recettes et dépenses d'exploitation et des états financiers.**

Un commissaire PLR rappelle que cette structure tarifaire fédérale est basée sur les données des coûts de tous les hôpitaux, que la révision de la LAMal établit une égalité de traitement dans la planification et le financement des hôpitaux publics pour les prestations à charge de l'assurance de base. Il rappelle que c'est une obligation pour les hôpitaux qui veulent participer à l'appel d'offres. Il estime que soit les règles sont les mêmes pour tout le monde, soit elles ne le sont pas. Il y a un jeu de concurrence basé sur la transparence de la qualité des prestations et sur la transparence des coûts et c'est le droit fédéral qui veut cela.

Une commissaire PDC demande comment se définit une comptabilité complète.

M. Poggia explique que tout le personnel soignant n'est pas dédié à des tâches spécifiques, il est donc indispensable d'avoir une vue globale des comptes. Il rappelle que l'objectif visé est de procéder à des calculs d'économicité et que le département est tenu au secret de fonction. Le service d'audit qui fixe les mandats aux cliniques doit disposer des chiffres. Il ne comprend pas le sens de l'amendement du commissaire PLR.

M. Müller fait remarquer qu'il ne faut pas voir dans cette disposition une méfiance à l'égard des cliniques privées, mais considérer que cela relève d'un principe de transparence des coûts. Il s'agit de fait d'un élément qui fait déjà partie des éléments obligatoires pour intégrer la liste hospitalière dans tous les autres cantons. Genève se met simplement ainsi à la page.

Une commissaire PLR voudrait vérifier si le TAF exige réellement que les établissements hospitaliers fournissent l'entier de leur comptabilité pour pouvoir participer à ces appels d'offres.

M. Bron ne peut certifier que cela soit exigé par le TAF, mais il confirme que la LAMal impose le contrôle de l'économicité. La manière de le réaliser consiste à procéder par benchmarks selon REKOLE. *« Pour appliquer la LAMal telle qu'elle a été interprétée par les jurisprudences, il faut avoir un contrôle de l'économicité selon la comptabilité analytique REKOLE. Il n'y a pas d'autre méthode. Tous les groupes privés ont l'habitude de faire cela dans tous les cantons, y compris à Genève, puisque pour répondre à l'appel d'offres, les cliniques ont dû remettre leur comptabilité analytique. Il a été surpris de la réponse de M. Rufenacht la semaine dernière, car ce sont des choses de routine dans les relations entre le département et ces institutions et il ne s'agit évidemment pas de publier quoi ce soit ».*

M. Müller précise que le TAF n'a pas évoqué cette question dans son arrêt, car cet aspect n'était pas contesté par la clinique ayant fait recours. En revanche ce qui est clair est que la LAMal et l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) recommandent un contrôle de l'économicité de plus en plus renforcé.

Il ajoute : *« sur le fait de présenter une comptabilité analytique uniquement pour les prestations pour lesquelles l'établissement travaille, la plupart des fonctions dans un hôpital sont transversales, donc ça pose des questions techniques quasiment insolubles et le tarif pour les soins aigus est unique, donc on est obligé d'avoir des coûts qui permettent de former le tarif appliqué. C'est pour cette raison que si on n'a pas l'intégralité des chiffres, on ne peut pas arriver à un résultat fiable et comparable avec les chiffres des HUG. La notion d'égalité de traitement entre tous les établissements de la liste hospitalière est un point clairement souligné par le TAF. »*

Un député UDC exprime un malaise face à la discussion en cours. Il rappelle que le département avait fait valoir au début des travaux relatifs à ces projets de lois un accord des cliniques privées. Or, il a clairement perçu les réticences de ces dernières lors de leur audition. Il relève que le département n'est pas en mesure de confirmer que cette exigence soit formulée par le TAF. Il souhaiterait avoir une position écrite des cliniques privées sur la question du périmètre de présentation des comptes. En l'état, il déclare que l'UDC n'est « pas à l'aise » pour voter ce texte. Il estime la position du département peu claire. Il craint qu'en imposant certaines dispositions à des prestataires qui n'y consentiraient pas, cela risque de nous conduire devant les tribunaux.

Un commissaire socialiste déclare que son groupe votera ce projet de loi avec des remerciements au département. Il se dit surpris par la tournure de ce débat et du risque qu'il comporte de réintroduire de l'opacité là où l'on tente de la supprimer. Il lui semble que les auditionnées se sont exprimées clairement.

Un commissaire PDC relève la discrédence entre la perception du département et celle des cliniques privées sur l'adhésion de ces dernières aux propositions contenues dans les deux textes qui nous sont soumis. Il réitère sa suggestion de demander à celles-ci une position écrite.

M. Poggia propose de lire un extrait du contrat signé par M. Rufenacht pour la Clinique des Grangettes pour l'année 2020, en l'espèce son article 8 qui évoquant la comptabilité analytique prévoit : *« la comptabilité analytique au format ITAR_K de l'année précédente est fournie au département au plus tard le 31 mai. Ce document peut ensuite être utilisé par le département pour le contrôle de l'économicité des prestations, pour l'approbation des conventions tarifaires, ainsi que pour la participation au benchmarking élaboré par la Conférence des directeurs de la santé. L'établissement s'engage à obtenir la certification REKOLE délivrée par H+ au plus tard le 31 mai 2021. »*

Il conclut en relevant que c'est bien toute la comptabilité qui est requise. Il ajoute que si le Grand Conseil devait imposer que seule une partie de la comptabilité soit remise, aucun contrat de prestations ne pourrait plus alors être accordé.

Un commissaire PLR intervenant en faveur de la transparence et de l'égalité de traitement attire l'attention des commissaires sur le fait que H+ a défini le système REKOLE et que dans le cadre des prestations hospitalières à charge de la LAMal, les hôpitaux doivent se conformer à ce modèle de

comptabilité analytique. Il rappelle en outre que les cliniques privées ont dit qu'elles étaient en train de se mettre en conformité avec REKOLE.

Il insiste sur le fait qu'il ne s'agit pas de voyeurisme de l'Etat sur la comptabilité des hôpitaux privés, mais ce sont les bases mêmes du système de tarification. Si les hôpitaux refusent de remplir cette condition, ils peuvent simplement ne pas répondre aux appels d'offres du mandat de prestations, ils n'y sont pas obligés. Pour ces motifs, il pense que l'on doit voter ce projet de loi sans plus tarder.

M. Poggia pour dissiper le malaise qui trouble les travaux de la commission propose l'amendement suivant à l'art. 16C al. 3 lettre c : **fournir, annuellement, l'intégralité de sa comptabilité analytique, certifiée selon les exigences de la faïtière des établissements hospitaliers.**

Sur ce, le commissaire PDC retire son amendement.

Une commissaire EAG plaide pour le vote du Pl 12558 en y intégrant la proposition d'amendement du département. Elle estime qu'en l'occurrence le propos de la commission n'est pas de déterminer si les cliniques privées acceptent ou pas de fournir l'intégralité de leur comptabilité, mais de définir les règles pour pouvoir participer à l'appel d'offres, qui sont propres à garantir l'égalité de traitement et la transparence des coûts.

Votes

PL 12558

Le président met aux voix l'entrée en matière PL 12558 :

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

L'entrée en matière du PL 12558 est acceptée.

2^e débat

Titre et préambule : pas d'opposition, adopté

Art. 1 : pas d'opposition, adopté

Art. 16C, al. 2 : pas d'opposition, adopté

Le président met aux voix la proposition d'amendement du département de l'art. 16C, al. 3, lettre e :

fournir, annuellement, l'intégralité de sa comptabilité analytique, certifiée selon les exigences de la faïtière des établissements hospitaliers.

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

Non : –

Abstentions : –

L'amendement est accepté.

Le président met aux voix l'art. 16C, ainsi amendé :

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

Non : –

Abstentions : –

L'art. 16C ainsi amendé est accepté.

Art. 16E : pas d'opposition, adopté

Art. 2 : pas d'opposition, adopté

Art. 2A : pas d'opposition, adopté

Art. 3 : pas d'opposition, adopté

3^e débat

Le président met aux voix le PL 12558 ainsi amendé :

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

Non : –

Abstentions : –

Le PL 12558 est accepté.

PL 12667

Le président met aux voix l'entrée en matière PL 12667 :

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

L'entrée en matière du PL 12667 est acceptée.

2^e débat

Titre et préambule : pas d'opposition, adopté

Art. 1 : pas d'opposition, adopté

Art. 16B : pas d'opposition, adopté

Art. 16F : pas d'opposition, adopté

Art. 2 : pas d'opposition, adopté

3^e débat**Vote**

Le président met aux voix le PL 12667 :

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

Le PL 12667 est accepté.

C'est ainsi qu'au terme de ces débats particulièrement denses, la commission de la santé est parvenue à faire l'unanimité sur ces deux projets de lois, moyennant un amendement du PL 12558 clarifiant la portée de l'exigence figurant à l'article 16C alinéa 3 lettre e. Dès lors, elle vous invite, Mesdames et Messieurs les député.e.s, à accepter ces deux projets de lois tels que sortis de commission.

Projet de loi (12558-A)

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, est modifiée comme suit :

Art. 16C, al. 2, 2^e phrase, et al. 3, lettres c et e (nouvelle teneur)

² [...] Ils mentionnent notamment les missions médicales attribuées par établissement et les modalités de révision des mandats.

³ Pour pouvoir conclure un mandat de prestations, un établissement doit s'engager à remplir les exigences suivantes :

- c) accepter tout malade dans les missions médicales attribuées, en fonction des disponibilités de l'établissement ;
- e) fournir, annuellement, l'intégralité de sa comptabilité analytique, certifiée selon les exigences de la faîtière des établissements hospitaliers ;

Art. 16E Investissements (nouvelle teneur de la note), al. 1 (abrogé, les al. 2 et 3 anciens devenant les al. 1 et 2)

Art. 2 Modifications à une autre loi

La loi sur les établissements publics médicaux, du 19 septembre 1980 (K 2 05) est modifiée comme suit :

Art. 2A, al. 2, 2^e phrase (nouvelle teneur), al. 4 (nouveau)

² [] Il contient notamment les prestations fournies par les établissements, le plan financier pluriannuel et le montant des indemnités annuelles de fonctionnement de l'Etat, pour ce qui concerne la formation, la recherche et les missions d'intérêt général.

⁴ Le montant du cofinancement des prestations de soins dû par l'Etat au sens de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994, dépend du

nombre de prestations effectuées et ne peut être déterminé à l'avance. Il fait l'objet d'une facturation séparée des établissements à l'Etat.

Art. 3 **Entrée en vigueur**

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

Projet de loi (12667-A)

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.