



Projet présenté par le Conseil d'Etat

Date de dépôt : 29 janvier 2025

Projet de loi **modifiant la loi sur la santé (LS) (K 1 03)**

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

Art. 1 Modifications

La loi sur la santé, du 7 avril 2006 (LS – K 1 03), est modifiée comme suit :

Chapitre IVB Admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (nouveau)

Art. 33B Admission (nouveau)

¹ Les fournisseurs de prestations visés à l'article 35, alinéa 2, lettres a à g, m et n, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994, doivent être au bénéfice d'une admission pour fournir des prestations ambulatoires à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

² L'admission est délivrée par le département aux conditions prévues par la législation fédérale. Demeurent réservées les dispositions limitant le nombre de fournisseurs de prestations.

³ L'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins des fournisseurs de prestations soumis à limitation dont il n'a pas été fait usage dans les 6 mois suivant la date de délivrance devient caduque. Le département peut exceptionnellement, pour de justes motifs, tels que maladie, accident, maternité ou formation postgrade, prolonger ce délai, sur demande écrite du titulaire formulée avant l'expiration du délai.

⁴ Le département est l'autorité de surveillance chargée de veiller au respect des conditions d'admission.

⁵ Les mesures prévues par la législation fédérale en cas de non-respect des conditions d'admission sont applicables.

⁶ Les procédures d'admission et de surveillance, ainsi que les communications obligatoires des fournisseurs de prestations, sont fixées par voie réglementaire.

Art. 33C Limitation du nombre de médecins fournissant des prestations ambulatoires à la charge de l'assurance obligatoire des soins (nouveau)

¹ Le Conseil d'Etat limite, dans un ou plusieurs domaines de spécialisation, le nombre de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires à la charge de l'assurance obligatoire des soins, conformément à la législation fédérale sur l'assurance-maladie.

² Lorsqu'il détermine les nombres maximaux de médecins admis à fournir des prestations ambulatoires à la charge de l'assurance obligatoire des soins, le Conseil d'Etat peut prévoir des facteurs de pondération différents selon les domaines de spécialisation concernés. Ces facteurs sont fixés, notamment, après consultation des sociétés de discipline médicale, des hôpitaux et des associations représentant les patientes et patients, sur la base d'indicateurs relatifs à l'évolution des besoins de la population, et revus au moins tous les 4 ans.

³ Le Conseil d'Etat, soit pour lui le département, peut lever momentanément la limitation, dans chaque domaine de spécialisation, si des raisons de santé publique l'imposent, notamment afin d'assurer une couverture sanitaire suffisante.

⁴ Le département peut exceptionnellement, dans des cas particuliers, déroger aux nombres maximaux fixés, afin d'adapter l'offre de soins au plus près des besoins de la population, en tenant compte notamment des compétences médicales particulières concernées dans un domaine de sous-spécialisation reconnu par l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue ou du délai d'attente pour accéder à un traitement spécifique en temps utile. Le Conseil d'Etat règle les modalités.

⁵ Les fournisseurs de prestations, les assureurs et leurs fédérations respectives communiquent gratuitement, sur demande du département, toutes les données nécessaires pour fixer les nombres maximaux de médecins.

⁶ Le Conseil d'Etat édicte les dispositions d'application du présent article. Il fixe notamment la procédure applicable concernant les consultations et la coordination prévues par le droit fédéral, ainsi que les modalités de communication des données nécessaires pour fixer les nombres maximaux de médecins admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Art. 2 Entrée en vigueur

Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Certifié conforme

La chancelière d'Etat : Michèle RIGHETTI-EL ZAYADI

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le présent projet de modification de la loi sur la santé, du 7 avril 2006 (LS; rs/GE K 1 03), qui vous est soumis a pour but d'adapter le droit cantonal aux exigences découlant du droit fédéral relatif à l'admission des fournisseurs de prestations pouvant fournir des prestations ambulatoires à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Notons pour mémoire que, le 19 juin 2020, le Parlement fédéral a adopté la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10), concernant l'admission des fournisseurs de prestations pouvant pratiquer à la charge de l'AOS. Ce faisant, il a pourvu les cantons d'une solution durable de pilotage, dans le dessein de maîtriser les coûts des prestations de soins dans le domaine ambulatoire. Le dispositif mis en place par le législateur fédéral a 3 niveaux d'intervention. Le premier niveau lie l'admission à fournir des prestations ambulatoires à la charge de l'AOS au respect des conditions d'exercice des professions de la santé, prévues par le droit fédéral, lesquelles ont déjà été renforcées (voir la loi fédérale sur les professions médicales universitaires, du 23 juin 2006 (LPMéd; RS 811.11), et la loi fédérale sur les professions de la santé, du 30 septembre 2016 (LPSan; RS 811.21)). Le deuxième niveau prévoit l'instauration d'une procédure formelle d'admission à pratiquer à la charge de l'AOS, accompagnée de nouvelles exigences fédérales, notamment en matière de qualité et d'économicité. Le troisième niveau établit un système durable de limitation des admissions concernant les médecins.

I. Présentation du présent projet de loi

a) Admission des fournisseurs de prestations

Désormais, les médecins, les pharmaciens, les chiropraticiens, les sages-femmes, les infirmiers ainsi que les organisations qui les emploient, les personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical (par ex. les psychologues, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les logopédistes) ainsi que les organisations qui les emploient, les laboratoires, les centres de remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques, les entreprises de transport et de sauvetage et les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins doivent être formellement admis pour pouvoir fournir des prestations ambulatoires à la charge de l'AOS.

Il revient au canton de vérifier que les conditions d'admission fixées par la législation fédérale sont remplies, avant de rendre une décision formelle d'admission. En outre, une autorité de surveillance doit être instituée. Elle est chargée de prendre les mesures nécessaires au respect desdites conditions et, en cas de non-respect, de prononcer les sanctions prévues à l'article 38, alinéa 2 LAMal. Ces sanctions vont de l'avertissement au retrait définitif de l'admission à pratiquer à la charge de l'AOS pour tout ou partie du champ d'activité. L'article 38, alinéa 3 LAMal, pour sa part, prévoit que les assureurs ont la faculté de demander à l'autorité de surveillance le retrait de l'autorisation dans des cas dûment justifiés.

Le canton doit donc désigner l'autorité compétente pour délivrer les admissions et surveiller les fournisseurs de prestations concernés. Il doit également définir les procédures d'admission et de surveillance, étant précisé qu'une voie de droit cantonale doit être ouverte contre les décisions prises en matière d'admission et de surveillance.

b) Bref historique de la limitation du nombre de médecins admis à fournir des soins ambulatoires à la charge de l'AOS (« clause du besoin »)

L'article 55a LAMal a été adopté pour la première fois le 24 mars 2000 par le législateur fédéral. Il visait à freiner l'augmentation des coûts de la santé, en limitant le nombre de médecins fournisseurs de prestations exerçant à la charge de l'AOS.

Le Conseil fédéral a édicté, le 3 juillet 2002, l'ordonnance fédérale sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (OLAF; RS 832.103), entrée en vigueur le 4 juillet 2002, qui prévoyait qu'une autorisation de pratiquer la médecine sous propre responsabilité ne donnait plus automatiquement le droit de fournir des prestations à la charge de l'AOS.

L'article 55a LAMal et son ordonnance d'application constituaient une réglementation de droit fédéral directement applicable par les cantons, pouvant être concrétisée par des règlements d'exécution correspondants. La limitation à l'admission ne nécessitait dès lors aucune base légale au sens formel au niveau cantonal (voir entre autres l'arrêt du tribunal administratif fédéral C-6830/2018, du 16 juin 2020, consid. 5.3).

Cette réglementation a été appliquée sous différentes formes jusqu'au 31 décembre 2011. Sa suspension entre le 1^{er} janvier 2012 et le 30 juin 2013 a provoqué une forte augmentation de la densité de médecins spécialisés ainsi qu'une hausse importante des coûts à la charge de l'AOS, en particulier à Genève, raison pour laquelle l'article 55a LAMal a été réintroduit avec une

entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2013. Ce dispositif est resté inchangé jusqu'au 30 juin 2021.

A l'échelon cantonal, à la suite de la réintroduction de l'article 55a LAMal, le Conseil d'Etat a adopté, le 16 avril 2014, un nouveau règlement d'application de l'ordonnance fédérale sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire (RaOLAF; rs/GE J 3 05.50). Le 1^{er} octobre 2022, ce règlement a été abrogé et remplacé par le règlement d'application de l'ordonnance fédérale sur la fixation de nombres maximaux de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires, du 14 septembre 2022 (RaOFNMMPA; rs/GE J 3 05.50).

c) Nouvelle répartition des compétences entre la Confédération et les cantons, à compter du 1^{er} juillet 2021, en matière de limitation du nombre de médecins admis à fournir des soins ambulatoires à la charge de l'AOS

La nouvelle teneur de l'article 55a LAMal, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2021, contient un changement majeur par rapport au cadre réglementaire en vigueur jusqu'au 30 juin 2021, à savoir qu'elle impose aux cantons de fixer eux-mêmes les nombres maximaux de médecins admis à fournir des soins ambulatoires à la charge de l'AOS, dans un ou plusieurs domaines de spécialisation ou dans certaines régions, étant précisé que le canton de Genève forme une seule région (voir l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur la fixation des taux régionaux de couverture des besoins en prestations médicales ambulatoires par domaine de spécialisation, du 28 novembre 2022 (RS 832.107.1)).

En application de l'article 55a, alinéa 2 LAMal, le Conseil fédéral, pour sa part, est compétent pour définir les critères et les principes méthodologiques applicables à la fixation des nombres maximaux de médecins, afin d'assurer une homogénéité méthodologique dans toute la Suisse. Pour ce faire, il a adopté l'ordonnance fédérale sur la fixation de nombres maximaux de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires, du 23 juin 2021 (RS 832.107), laquelle est également entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2021.

d) Nécessité d'adopter une base légale formelle cantonale

L'ordonnance fédérale sur la fixation de nombres maximaux de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires, du 23 juin 2021 (RS 832.107), prévoit une disposition transitoire selon laquelle les cantons ont la possibilité de disposer que l'offre de médecins calculée en équivalents temps plein

(ETP) correspond à une couverture économique répondant aux besoins de la population, et ce jusqu'au 30 juin 2025 au plus tard (art. 9).

Passé cette date, les cantons devront déterminer les nombres maximaux de fournisseurs de prestations sur la base de la méthodologie présentée dans ladite ordonnance.

A Genève, le RaOFNMMPA vise à appliquer provisoirement l'article 55a LAMal, sur la base des articles 2 et 9 de l'ordonnance précitée.

Afin que le nouveau droit cantonal d'application, qui doit entrer en vigueur au plus tard le 1^{er} juillet 2025, réponde aux exigences découlant de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, du 18 avril 1999 (Cst.; RS 101), et du droit européen en matière de restriction à la liberté économique, le principe de la limitation de l'admission des médecins à fournir des prestations ambulatoires à la charge de l'AOS, ainsi qu'une délégation de compétence législative en faveur du Conseil d'Etat, sont inscrits dans la LS, soit une loi au sens formel. En outre, il est prévu qu'une réévaluation du système de limitation mis en place ait obligatoirement lieu au moins tous les 4 ans, ce qui relativise le caractère absolument pérenne de la clause du besoin (voir art. 33C, al. 2).

e) *Résultat de la procédure de consultation*

Le 21 novembre 2024, le département de la santé et des mobilités (DSM), soit pour lui l'office cantonal de la santé, a mis en consultation l'avant-projet de modification de la LS (ci-après : avant-projet). La procédure de consultation s'est achevée le 13 janvier 2025, eu égard à une demande de prolongation du délai, initialement imparti au 10 décembre 2024, par les entités consultées. L'avant-projet a été adressé à 13 entités représentant les milieux socio-sanitaires, les assureurs ainsi que les patientes et les patients.

Les Hôpitaux universitaires de Genève, l'Association des cliniques privées de Genève (Genève-Cliniques), l'Association des médecins du canton de Genève (AMGe), Physiogenève, l'Association genevoise des psychologues (AGPsy), l'Association suisse des infirmières et infirmiers, section Genève (ASI) et la Fédération suisse des patients, section romande (FSP) ont formulé des avis, pour certains d'entre eux comprenant des commentaires détaillés.

Aucun représentant des assureurs n'a transmis d'avis sur l'avant-projet. Curafutura a répondu qu'elle ne souhaitait pas se prononcer sur les dispositions légales soumises à consultation, mais qu'elle invitait le DSM à la consulter lors de l'élaboration du règlement d'exécution de la loi. Santéuisse, pour sa part, a indiqué qu'il ne lui était pas possible de recueillir l'avis

consolidé de ses membres dans le délai de 3 semaines imparti et qu'elle renonçait donc à prendre position, étant relevé que cette association n'a demandé aucune prolongation du délai concerné. Par ailleurs, la nouvelle association des assureurs-maladie prio.swiss n'a commencé ses activités que le 6 janvier 2025. Dès lors, il n'a pas été possible de l'inclure parmi les entités invitées à donner leur avis lors de la procédure de consultation, étant rappelé que prio.swiss se destine à représenter les intérêts politiques des assureurs-maladie et à remplacer dans ce rôle les associations curafutura et santésuisse.

L'Association des services privés genevois d'ambulances (ASPGA), pour sa part, a indiqué qu'elle solliciterait une audition auprès de la commission parlementaire compétente.

Enfin, l'Association des médecins praticiens, Pharmagenève et l'Association suisse des assurés – section romande n'ont pas répondu à la demande de consultation.

Dans l'ensemble, l'avant-projet a été bien accueilli et il n'y a pas eu d'avis fondamentalement défavorable. Les observations ayant conduit à une modification du projet soumis au Grand Conseil par rapport à l'avant-projet mis en consultation sont mentionnées dans le commentaire article par article.

II. Commentaire article par article

Les 2 nouveaux articles traitant de la planification s'insèrent dans un nouveau chapitre, à la suite des chapitres IV et IVA LS, dédiés respectivement à la planification sanitaire et à la régulation des équipements médico-techniques lourds.

Art. 33B Admission (nouveau)

Alinéa 1

La législation fédérale sur l'assurance-maladie prévoit que les médecins, les pharmaciens, les chiropraticiens, les sages-femmes, les infirmiers ainsi que les organisations qui les emploient, les personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical (par exemple les psychologues, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les logopédistes) ainsi que les organisations qui les emploient, les laboratoires, les centres de remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques, les entreprises de transport et de sauvetage et les institutions de soins ambulatoires dispensés par des médecins doivent avoir obtenu préalablement une admission cantonale pour pouvoir fournir des prestations à la charge de l'AOS. Cet

alinéa intègre dans le droit cantonal l'obligation d'obtenir une telle admission.

Alinéa 2

Cette disposition désigne l'autorité compétente pour rendre les décisions d'admission, à savoir le département chargé de la santé.

Les admissions sont octroyées pour autant que le fournisseur de prestations concerné respecte les conditions de la législation fédérale pour être admis à pratiquer à la charge de l'AOS. Ces conditions sont principalement prévues aux articles 38 et suivants de l'ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995 (OAMal; RS 832.102).

Toutefois, même s'il remplit les conditions figurant dans la législation fédérale, un médecin ne sera pas automatiquement admis à fournir des prestations ambulatoires à la charge de l'AOS, dans la mesure où il y a lieu d'examiner s'il entre dans les nombres maximaux déterminés pour chaque domaine de spécialisation (voir nouvel art. 33C).

Alinéa 3

L'ancienne mouture de la législation fédérale sur la clause du besoin et sa réglementation cantonale d'application, en vigueur dans le canton de Genève jusqu'au 30 septembre 2022, prévoyait la caducité d'une admission si celle-ci n'était pas utilisée dans les 6 mois suivant sa délivrance.

Ce principe de caducité d'une admission à l'issue d'un certain délai est réintroduit dans la législation cantonale, s'agissant des fournisseurs de prestations pouvant être soumis à limitation en vertu des articles 55a et 55b LAMal. En effet, puisque les admissions de certains fournisseurs de prestations peuvent être limitées, il est important qu'elles soient effectivement utilisées, afin que l'offre concernant ces prestations soit bien assurée. Compte tenu de la portée considérable d'une telle caducité sur les droits des fournisseurs de prestations concernés, son ancrage dans une loi formelle lui assure une densité normative adéquate.

L'avant-projet de loi soumis à consultation prévoyait un délai d'une année avant qu'une admission ne devienne caduque en raison d'une absence d'utilisation. Il est ressorti de la procédure de consultation qu'un délai de 6 mois était adéquat, pour autant qu'une prise en compte des situations particulières demeure possible. Pour le surplus, il sera de la responsabilité des fournisseurs de prestations concernés de veiller au respect de ce délai ou de requérir sa prolongation en faisant valoir un juste motif. En effet, aucun

rappel concernant l'expiration de ce délai ne sera spontanément adressé par l'administration aux personnes concernées avant l'échéance de celui-ci.

Alinéa 4

Le département chargé de la santé est désigné comme étant l'autorité de surveillance en matière d'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'AOS. Il dispose à cet effet de l'office cantonal de la santé et de ses services compétents, qui agissent en son nom et pour son compte.

Alinéa 5

Cet alinéa rappelle que, en cas de non-respect des conditions d'admission, ce sont les mesures prévues par la législation fédérale qui s'appliquent.

Alinéa 6

Les conditions d'admission étant fixées par le droit fédéral, cet alinéa délègue au Conseil d'Etat le soin de régler les procédures d'admission et de surveillance des conditions d'admission, ainsi que les communications obligatoires des fournisseurs de prestations permettant à ceux-ci de prouver qu'ils remplissent les exigences prévues par la législation fédérale.

Art. 33C Limitation du nombre de médecins fournissant des prestations ambulatoires à la charge de l'assurance obligatoire des soins (nouveau)

Alinéa 1

Cette disposition prévoit une compétence du Conseil d'Etat pour déterminer le ou les domaines de spécialité pour lesquels le nombre de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires à la charge de l'AOS est limité. Selon la législation fédérale, le canton doit limiter le nombre de médecins dans au moins un domaine de spécialité. A toutes fins utiles, il est précisé qu'exclure de la limitation les médecins au-delà d'un certain âge, par exemple à partir de 68 ans, serait contraire au droit fédéral.

Compte tenu de la technicité du domaine considéré et du caractère évolutif de l'offre médicale, il est important que l'autorité compétente puisse non seulement disposer des connaissances techniques nécessaires, mais également procéder rapidement aux adaptations qui s'imposent en cas de nécessité; un règlement du Conseil d'Etat permet d'atteindre cet objectif plus rapidement qu'une loi au sens formel.

Alinéa 2

L'ordonnance fédérale sur la fixation de nombres maximaux de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires, du 23 juin 2021, prévoit une méthodologie de calcul fédérale que les cantons doivent appliquer à partir du 1^{er} juillet 2025.

Elle contient 3 éléments : l'offre ambulatoire (calculée par les cantons), les taux de couverture en soins ambulatoires (calculés par l'Office fédéral de la santé publique) et des facteurs de pondération (déterminés par les cantons). La méthodologie permet de déterminer les nombres maximaux de médecins, exprimés en équivalents temps plein (ETP), dans chaque domaine de spécialisation médicale.

Par ailleurs, en vertu de l'article 55a, alinéa 3 LAMal, avant de fixer les nombres maximaux de médecins, le canton entend les fédérations des fournisseurs de prestations, des assureurs et des assurés, et il se coordonne avec les autres cantons. Il est ressorti de la procédure de consultation qu'une mention expresse de la consultation des hôpitaux et des associations représentant les patients, en plus des sociétés de discipline médicale, apporterait plus de précision à l'article 33C, alinéa 2. Le libellé de cette disposition contient donc ladite mention.

Enfin, l'avant-projet prévoyait qu'une réévaluation du système de limitation mis en place devait obligatoirement avoir lieu au moins tous les 5 ans. Plusieurs entités consultées ont estimé que ce délai devait être réduit. Partant, le présent projet de loi fixe une réévaluation obligatoire au moins tous les 4 ans.

Alinéa 3

Le département chargé de la santé, soit pour lui l'office cantonal de la santé, recense régulièrement, au plus près du terrain, le nombre de médecins exerçant effectivement en équivalents temps plein à la charge de l'AOS, dans chaque spécialité. Il examine en particulier si ce nombre est en adéquation avec les besoins en soins ambulatoires de la population genevoise. Au cas où le département constaterait une pénurie de médecins dans une spécialité, il doit pouvoir lever momentanément la limitation, afin que l'offre ambulatoire soit à nouveau en adéquation avec les besoins en soins ambulatoires observés sur le terrain.

Alinéa 4

Il ressort du Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Admission des fournisseurs de prestations), du 9 mai 2018, que les cantons doivent garantir la couverture des besoins et veiller à ce que chaque personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé. Aussi, si les cantons estiment qu'un nombre insuffisant de médecins pratique à la charge de l'AOS, ils peuvent renoncer à appliquer une limitation ou fixer des nombres maximaux supérieurs au nombre de fournisseurs admis jusque-là (Message, FF 2018 3263, p. 3287; voir également ACST/10/2023 du 6 mars 2023 consid. 4.2.1).

Puisque les cantons doivent garantir dans tous les cas l'accès aux soins, il convient de permettre au DSM de déroger de manière exceptionnelle aux nombres maximaux fixés, si cela est impérativement nécessaire pour garantir un tel accès.

Par exemple, cette dérogation pourrait s'appliquer dans le cas où une sous-spécialité ferait face à une pénurie. Un médecin formé dans ladite sous-spécialité et figurant sur la liste d'attente des médecins souhaitant être admis à facturer à la charge de l'AOS pourrait alors passer en tête de liste et se voir délivrer une admission avant les autres médecins de cette liste qui y seraient placés avant lui, et cela même si le nombre maximal de médecins dans le domaine de spécialité concerné est déjà atteint.

Alinéa 5

Cet alinéa introduit dans le droit cantonal l'obligation figurant à l'article 55a, alinéa 4 LAMal, selon laquelle les fournisseurs de prestations, les assureurs et leurs fédérations respectives communiquent gratuitement, aux autorités cantonales compétentes qui en font la demande, en plus des données collectées en vertu de l'article 59a, les données nécessaires pour fixer les nombres maximaux de médecins.

L'article 59a, alinéa 1 LAMal, pour sa part, prévoit que doivent notamment être communiquées les indications suivantes :

- 1) le genre d'activité exercée, l'infrastructure et l'équipement, ainsi que la forme juridique;
- 2) l'effectif et la structure du personnel, le nombre de places de formation et leur structure;
- 3) le nombre de patients et la structure de leur effectif, sous une forme anonymisée;
- 4) le genre, l'ampleur et les coûts des prestations fournies;

- 5) les charges, les produits et le résultat d'exploitation;
- 6) les indicateurs de qualité médicaux.

En plus des indications précitées, le DSM doit notamment recueillir les informations sur les taux d'activité consacrés, par les médecins concernés, aux prestations ambulatoires à la charge de l'AOS, exprimés en équivalents temps plein (ETP), dans chaque domaine de spécialité.

Alinéa 6

La manière dont les entités visées à l'article 55a, alinéa 3 LAMal doivent être consultées, ainsi que les modalités relatives à la coordination avec les autres cantons, ne sont pas précisées, délibérément, dans le présent projet de loi, de manière à laisser au Conseil d'Etat la marge de manœuvre nécessaire à la mise en place d'une consultation efficiente. Il convient de relever à ce sujet que, le droit à être consultées dont sont titulaires les fédérations des fournisseurs de prestations, des assureurs et des assurés, étant consacré par le droit fédéral, la mise en œuvre de ces consultations ressort essentiellement des modalités organisationnelles de l'administration, étant précisé qu'il est prévu de maintenir la commission quadripartite consultative en matière de limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à facturer à la charge de l'AOS, établie par le RaOFNMMPA.

Lors de la procédure de consultation, il a été proposé qu'il soit également expressément mentionné que le Conseil d'Etat réglemente les modalités de communication des données nécessaires pour fixer les nombres maximaux de médecins. Cette proposition a été intégrée au présent alinéa.

Au bénéfice de ces explications, nous vous remercions de réserver un bon accueil au présent projet de loi.