



Date de dépôt : 2 juin 2025

Rapport

**de la commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi du
Conseil d'Etat modifiant la loi sur la santé (LS) (K 1 03)**

Rapport de majorité de Marc Saudan (page 5)

Rapport de minorité de Adrien Genecand (page 42)

Projet de loi (13587-A)

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 durant plus de 6 mois devient caduque. Le département peut, pour de justes motifs, notamment la maladie, l'accident, la maternité ou la formation postgrade ou continue, 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 associations des médecins du canton de Genève, des hôpitaux et des cliniques et celles 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 reconnue par les sociétés de disciplines cantonales pour accéder à un traitement spécifique en temps utile, après consultation des associations des représentants des patients et de la Commission quadripartite constituée d'un représentant pour chacune des entités suivantes : de l'Association des Médecins du canton de Genève (AMGe), de l'Association des Médecins d'Institutions de Genève (AMIG), des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et de l'association des cliniques privées, chacun étant nommé par le Conseil d'Etat.

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.

RAPPORT DE LA MAJORITÉ

Rapport de Marc Saudan

Le projet de loi 13587 a été traité par la commission de la santé lors de ses séances du 28 mars et des 16 et 23 mai 2025.

La présidence a été assurée par M. Jean-Marc Guinchard et M^{me} Louise Trottet.

Après avoir eu la présentation du projet de loi par M. Pierre Maudet, conseiller d'Etat (DSM), le Prof. Panteleimon Giannakopoulos, directeur OCS, M. Alessandro Cassini, médecin cantonal, et M^{me} Ana Gurau, cheffe de projet (SMC), la commission a auditionné l'Association des médecins du canton de Genève (AMGe) représentée par M. Michel Matter, président, et l'Association des médecins d'institutions de Genève, représentée par D^r Bastien Barcellini et D^r André Juillerat, coprésidents. L'Organisation suisse des patients s'est déterminée par écrit.

Le Prof. Panteleimon Giannakopoulos, directeur (OCS), et M^{me} Angela Carvalho, secrétaire scientifique (SGGC), ont participé aux travaux de la commission.

Les procès-verbaux ont été tenus par M^{me} Alicia Nguyen.

Nous remercions ces personnes de leur contribution au bon déroulement des travaux de la commission.

Introduction

Le projet de loi 13587 fait suite à l'obligation de la part des cantons d'appliquer le taux de couverture actualisé qui entre en vigueur le 1^{er} juillet 2025 du nombre de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires à la charge de l'assurance obligatoire des soins au sens de l'article 55a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), conformément à l'article 9 de l'ordonnance fédérale sur la fixation de nombres maximaux de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires, du 23 juin 2021 (RS 832.107).

Il convient de préciser en préambule que ce projet de loi concerne la possibilité de facturer à la charge de l'assurance obligatoire de soins et non sur le droit de pratique. En effet, un médecin qui a son diplôme de médecin reconnu peut s'installer ; cependant, s'il ne dispose pas de la possibilité de facturer à la charge de l'assurance obligatoire, les factures ainsi émises ne seront pas remboursées par les assurances.

L'urgence de commission a été demandée afin de pouvoir respecter le délai d'application.

Travaux de la commission

Présentation le 28.03.2025

- *Prof. Panteleimon Giannakopoulos, directeur général de l'OCS – DSM*
- *M^{me} Ana Gurau, responsable scientifique chargée du dossier de la clause du besoin*
- *D^r Alessandro Cassini, médecin cantonal*

Le président rappelle que la commission a reçu une demande d'audition de l'Association des services privés genevois d'ambulances ASPGA ainsi que de l'AMGe, qui est d'accord pour les auditionner.

M. Maudet explique que ce projet de loi (PL) est important sur le plan formel, mais moins sur le plan matériel. Il est essentiel que les 26 cantons s'y conforment et l'intègrent dans leur législation cantonale, conformément à une disposition déjà introduite dans la législation fédérale. Il est nécessaire d'avoir une base légale formelle concernant la clause de restriction de la pratique dans le domaine médical. La proposition faite aujourd'hui n'a rien de particulièrement innovant. Le PL se résume à une disposition légale, mais son impact concret va générer plusieurs changements lors de sa mise en œuvre. Il précise que, depuis 2022, le canton peut introduire ces dispositions, ce que M. Poggia a déjà fait, faisant de lui le premier à le faire au niveau suisse. L'approche était très restrictive : la clause avait été appliquée immédiatement et à toutes les spécialités. En prenant ses fonctions à l'été 2023, et après des discussions avec l'AMGe, il s'est rendu compte que cette expérimentation très stricte ne tenait pas face à un examen plus approfondi, notamment concernant certaines spécialités. Des assouplissements ont été apportés pour les pédopsychiatres, les pédiatres et les généralistes. Le département a également découvert que les libellés de fonction dans la nomenclature fédérale ne correspondaient pas toujours à ce qui avait été envisagé à l'origine : il y a un décalage entre ce que prévoient la loi et les règlements et ce qui est réellement appliqué. Cela les a amenés à travailler avec l'AMGe sur la définition et la spécification des spécialités médicales. Il s'agirait donc de commencer aujourd'hui, avec ce projet de loi, à poser une base légale. M. Maudet souhaite aussi expliquer l'état d'esprit et la direction à prendre pour transcrire ces décisions concrètes concernant les spécialités. Il souligne que la question de la pénurie de médecins, de leur formation, de l'attractivité des formations et de la rétention dans ces professions est essentielle, en particulier dans une perspective de politique de santé publique. Cependant, il est important de

réaliser qu'idéalement cette base légale devrait être en vigueur au 1^{er} juillet 2025.

M. Giannakopoulos explique que ce qui est présenté ce soir concerne la mise en place de la clause du besoin, en collaboration avec les cliniques privées, l'AMGe et les associations de médecins internes, à partir du 1^{er} juillet 2025. Il a fallu apaiser les relations, car la clause du besoin a suscité beaucoup de tensions, avec des oppositions fortes. Il est important de mener une réflexion personnalisée.

M^{me} Gurau relève que ce projet de modification de la loi a deux objectifs principaux : répondre dans la législation cantonale à des compétences déjà attribuées à Genève depuis janvier 2022. Il s'agit d'un pouvoir cantonal très important. Elle présentera comment cette législation s'articule d'un point de vue technique, et comment ce pouvoir deviendra encore plus crucial avec la contribution cantonale aux soins ambulatoires.

M^{me} Gurau souligne une distinction importante lorsqu'il s'agit des droits des médecins : il faut distinguer l'autorisation de pratiquer, qui est un droit strictement déontologique, découlant de la loi fédérale sur les professions médicales, et l'admission à la charge de l'AOS, qui est le droit du médecin de fournir des soins ambulatoires, pouvant ensuite être facturés à l'assurance de base, payée par les primes mensuelles. Il s'agit donc, dans le cadre de la limitation de l'admission, strictement de ce droit, et non du droit d'exercer la profession. Ces deux concepts sont souvent confondus, mais ce sont deux aspects différents.

M^{me} Gurau rappelle l'historique de la limitation de l'admission, qui remonte à longtemps. L'assurance obligatoire des soins a été mise en place en 1996, avec une première application dès 2002. Il y a eu plusieurs prolongations et adaptations entre 2005 et 2011, puis une levée en 2012, suivie d'une importante vague de nouvelles installations. En 2013, une réintroduction en urgence a eu lieu, avec plusieurs prolongations. La conclusion est que, pendant deux décennies, il y a eu beaucoup d'incertitudes, ce qui a créé un mécontentement important. Depuis le 1^{er} juillet 2021, le législateur fédéral a proposé aux cantons une solution pérenne. Cela a permis aux cantons de réguler, dans certains domaines de spécialisation, l'offre médicale ambulatoire à la charge de l'AOS, sans toucher aux soins stationnaires ni au droit de facturer à d'autres assurances.

M^{me} Gurau présente la formule proposée par le législateur fédéral (p. 4) : comment déterminer le besoin d'offre médicale, de médecins, pour satisfaire les nécessités de la population. Le législateur propose une formule comprenant trois éléments, dont deux relèvent de la compétence du canton : calculer l'offre

et déterminer un facteur de pondération qui adapte la formule à la réalité cantonale. Elle souligne qu'il existe beaucoup de variations entre les cantons. Genève se trouve dans une situation particulièrement extrême par rapport à d'autres cantons. Dans notre canton, une période transitoire de quatre ans arrive à son terme à la fin juin 2025. C'est pourquoi il est proposé un article 33C sur la limitation de l'admission dans le cadre de ce projet.

M^{me} Gurau explique que, comme l'a mentionné M. Giannakopoulos, il s'agit d'un changement d'approche important : sortir de la clause du besoin, qui fonctionnait comme un robinet dans une logique de planification sanitaire, et voir comment les soins ambulatoires s'articulent avec les soins stationnaires et la formation postgraduée. Il est proposé de donner aux cantons le pouvoir de réguler cette offre. C'est la raison pour laquelle cette modification de loi est proposée, en consultation avec les membres de la commission quadripartite officielle, avec les quatre parties – HUG, Genève Cliniques, AMGe et AMIG – et accompagnée d'un nouveau règlement d'application dès le 1^{er} juillet 2025.

Le président demande, dans le cadre de la clause du besoin, si un médecin qui prend sa retraite et ferme son cabinet donne le droit à un médecin de la même spécialité de reprendre son droit de pratique à la charge de l'AOS.

M^{me} Gurau confirme. Elle ajoute que cette cessation d'activité doit être dûment annoncée au service du médecin cantonal. Il est nécessaire de s'assurer que la personne cesse effectivement son activité. Cependant, il est prévu de permettre aux médecins de soigner leurs proches et de conserver une activité symbolique minimale, mais une cessation totale de l'activité médicale permettra à de nouvelles personnes d'obtenir l'admission à la charge de l'AOS.

Le président précise que sa question porte surtout sur, par exemple, les pédiatres, les pédopsychiatres, les généralistes. Il souligne qu'il y a aussi de plus en plus de femmes médecins, dont une grande partie ne travaille pas à 100%. Il demande si ces pourcentages sont pris en compte dans les critères de l'offre.

M^{me} Gurau répond que c'est bien cela, et que c'est l'un des changements importants opérés par le législateur fédéral avec cette formule : les personnes ne sont plus comptées individuellement, mais selon leur taux d'activité, en équivalent temps plein.

Le président demande si l'art. 33C al. 5, concernant les renseignements que les partenaires doivent fournir, inclut également des enquêtes auprès des médecins pour connaître leurs retours d'activité.

M^{me} Gurau confirme. C'est un exercice que le département a déjà réalisé trois années consécutives, de 2022 à 2024, et qu'il continuera à effectuer en l'adaptant aux différents changements, afin de maintenir le contact avec la

réalité du terrain. Le taux d'activité fait partie des informations que les médecins doivent fournir lorsqu'ils sont sollicités.

Une députée MCG revient sur la slide 2 et l'autorisation de pratiquer. Elle demande si les médecins exerçant sous surveillance professionnelle – ceux en formation postgrade ou ceux n'ayant pas de diplômes suisses – peuvent exercer sur des patients et éventuellement délivrer des ordonnances médicales.

M^{me} Gurau répond négativement : un médecin qui exerce sous surveillance professionnelle ne délivre ni ordonnance, ni certificat, ni prescription. Concernant les médecins ayant un diplôme étranger non reconnu, cela relève d'un droit octroyé par la législation fédérale.

Une députée MCG comprend que les médecins en formation postgrade, exemptés d'autorisation, peuvent quant à eux délivrer des ordonnances.

Le président précise qu'il s'agit, par exemple, des médecins des HUG.

M^{me} Gurau explique qu'il s'agit des internes des HUG, c'est-à-dire des médecins en formation postgrade, qui exercent sous la surveillance de leur responsable de formation, généralement le chef de service. Ils ne peuvent toujours pas délivrer eux-mêmes des ordonnances ; tous les actes passent par le responsable de formation.

M. Giannokopoulos ajoute que, lorsque des personnes arrivent ici avec une reconnaissance de leur diplôme, ou même sans reconnaissance, mais avec un diplôme enregistré, elles disposent d'un certain laps de temps pour se mettre en règle : soit en passant l'examen fédéral, soit en faisant reconnaître leur diplôme. Pendant ce délai, elles exercent sous surveillance, avec un supérieur hiérarchique portant la responsabilité. Cela diffère lorsque la personne sort de cette logique de surveillance professionnelle. Le projet de loi concerne les personnes qui vont fournir des soins et facturer l'assurance-maladie en leur nom propre.

Un député PLR demande, lorsqu'un médecin cesse son activité, s'il doit être remplacé, même si le nombre maximum du taux de couverture est dépassé.

M^{me} Gurau répond que, si le nombre maximum est dépassé, cela représente une limite. Cependant, si le nombre maximum n'est pas atteint, une personne peut reprendre une place. C'est tout l'intérêt de la formule.

Le député PLR comprend que, si le nombre maximum est supérieur au facteur de pondération, il n'y a pas de remplacement. Concernant le taux de granularité, il demande jusqu'à quel point cela reste une sous-spécialité.

M^{me} Gurau explique que, malheureusement, selon la législation fédérale, on ne peut pas aller dans cette direction. Le nombre maximum est défini par région et par spécialité, soit 45 types de spécialistes, avec en plus les types de

médecins praticiens. C'est une forte demande de la communauté médicale, car un chirurgien orthopédiste spécialiste du genou ne peut pas être remplacé par quelqu'un qui ne pratique pas exactement la même chose. La question est donc de savoir combien de possibilités il existe pour se diriger dans cette direction. Malheureusement, le cadre fédéral n'aide pas beaucoup, car il est peu légiféré et la notion de sous-spécialité peut être étendue de manière trop large. C'est pourquoi il est important de travailler en étroite collaboration avec l'AMGe et les HUG pour comprendre dans quelle mesure une personne peut être remplacée par une autre. Il s'agit de questions où la législation n'est pas encore totalement aboutie.

M. Cassini mentionne qu'il réfléchit à cette question depuis un moment. Lors d'une séance avec ses collègues de Bâle, qui sont dans une situation similaire à Genève, il a constaté que Genève est une exception en Suisse. Personne ne consacre autant de réflexion à la problématique de la clause du besoin. Bâle est en train de finaliser son règlement, et ils prévoient une exception dans ce règlement pour ce genre de situation. Cela reste très complexe, même d'un point de vue de la reconnaissance de certaines spécialités. Ce que Genève explore actuellement, c'est la piste des exceptions, qui seraient applicables selon certaines règles.

Le député PLR souligne que l'on continue à former des médecins. Par conséquent, de nombreux médecins sont formés, mais restent bloqués à l'hôpital. En examinant les coûts de la santé et l'évolution de ces coûts, il constate que les prestations de médecine ambulatoire, et notamment la valeur des prestations fournies par les hôpitaux, croissent bien plus rapidement que les volumes de prestations ambulatoires de la médecine de ville. Il se demande si cela a du sens et si on ne bloque pas les médecins aux HUG.

M. Cassini répond que l'augmentation des prestations ambulatoires est liée à un changement du système de santé, ainsi qu'à l'évolution technologique, qui permet de réduire les hospitalisations et d'augmenter les soins ambulatoires. Ce phénomène est donc plutôt lié à ces facteurs qu'à une barrière d'entrée sur le marché.

Le député PLR demande, concernant le nombre prévu de médecins et soignants en général, comment le projet de loi prend en compte la pénurie qui se profile, sachant qu'une part importante de médecins partira à la retraite et qu'il y aura une pénurie d'ici à la fin de la décennie. Il se demande comment ce projet de loi s'inscrit pour s'assurer que, dans 10 ans, la situation ne sera pas telle qu'on aura bloqué les installations.

M^{me} Gurau répond qu'en faisant ce calcul de l'offre, il est important de comprendre que ce n'est pas parce qu'une personne est comptabilisée qu'elle

correspond nécessairement à un équivalent temps plein. De plus, certains médecins continuent à travailler au-delà de l'âge de la retraite. Il est essentiel de prendre en compte cette réalité, notamment pour les spécialités où les médecins restent très longtemps actifs professionnellement. Elle précise que le médecin le plus âgé à Genève a 92 ans et travaille encore à 80%. Elle estime que l'avantage de ce changement réside dans le fait de ne plus calculer les individus comme s'ils faisaient tous la même chose.

M. Maudet complète en précisant que ce projet de loi n'a pas d'effets magiques et ne permettra pas de lutter contre la pénurie. Il pourrait même aggraver la situation. En réalité, il y a un travail important à accomplir. Une association regroupant les six cantons romands est censée jouer un rôle dans le pilotage de la demande et la formation des médecins. C'est dans ce cadre que le député PLR pourra trouver une réponse à sa question pertinente : il s'agit de savoir comment, par une application réfléchie de la disposition, mais aussi par des moyens positifs comme stimuler les vocations, encourager les carrières et orienter la spécialisation des médecins, on pourra répondre à la pénurie.

M. Cassini soulève que, dans le facteur de pondération, le nombre de médecins à la retraite est également pris en compte.

Un député Vert demande une définition précise du taux de couverture.

M^{me} Gurau répond que le taux de couverture est fourni par l'OFSP. Il s'agit d'un modèle de régression national développé pour toute la Suisse. Le volume de prestations effectivement facturées à la charge de l'assurance-maladie est pris en compte et, en fonction de certains critères démographiques, socioculturels et du flux intercantonal des patients, on ajuste le volume aux besoins. Ce processus est appelé «ajustement aux besoins». Toute la méthodologie est détaillée dans un rapport public de l'OBSAN.

Le député Vert indique qu'il y aura une baisse dans les prochaines années avec le départ à la retraite de nombreux médecins dans différentes spécialités. Il se demande si, en mettant une limite supérieure, on risque de se retrouver dans une situation où la quantité sera tellement inférieure à la limite que cela ne changera rien à ceux qui pourront facturer. Il perçoit la clause du besoin comme un moyen de hiérarchiser les besoins : si l'on a suffisamment de médecins de famille, il y aura moins besoin d'autres spécialités. Cela permettrait de réduire les coûts et d'offrir de nombreux avantages pour la santé de la population. Il craint que la clause du besoin ne serve à rien et n'apporte aucun bénéfice pour favoriser des médecines sobres, peu coûteuses et efficaces, car la méthode de calcul ne prend pas en compte ces facteurs.

M. Giannakopoulos répond que l'offre sera revue tous les trois ans, et qu'un baromètre suivra donc les évolutions.

Le député Vert demande dans quelle mesure le facteur de pondération peut être ajusté.

M^{me} Gurau répond que c'est le canton qui décide, et c'est là tout l'enjeu.

Le député Vert comprend que le canton a toute liberté. Il estime alors que cette loi ne sert pas à grand-chose.

M^{me} Gurau réplique que c'est une liberté et un pouvoir que le législateur fédéral octroie aux cantons, mais cela ne signifie pas que les cantons peuvent faire ce qu'ils veulent. Il s'agit de garantir que les décisions ne soient pas prises de manière aléatoire, d'où l'importance de l'ancrage dans la loi sur la santé.

Une députée socialiste demande combien d'heures par semaine sont comptées pour un équivalent temps plein (ETP) de médecin.

M^{me} Gurau répond qu'il s'agit de 10 demi-journées par semaine, selon la définition fédérale.

La députée socialiste se demande, en cas de remise de cabinets, comment l'offre médicale sera régulée géographiquement. Par exemple, si le nouveau médecin veut s'installer à Champel, elle souhaite savoir ce qu'il se passe pour les patients vivant à Satigny.

M^{me} Gurau explique que la régulation permise au canton considère tout le canton de Genève comme une seule région. Une exception pourrait être envisagée avec un ancrage légal suffisamment fort à l'intérieur de cette région. Cependant, au niveau fédéral, Genève est considéré comme un canton suffisamment bien connecté pour ne pas nécessiter une telle régulation.

La députée socialiste demande au niveau cantonal s'il existe quelque chose de prévu légalement pour permettre à un patient de 80 ans de ne pas avoir à se déplacer. Il y a donc un besoin qu'un médecin soit à proximité. Elle demande si quelque chose est prévu pour résoudre ce genre de problème au niveau cantonal.

M^{me} Gurau répond que, avec cette formule, elle ne pense pas que ce problème soit directement abordé. Elle explique que cela touche probablement à des questions d'organisation du réseau de soins, à tout le travail déployé avec le réseau de santé, etc. Il ne faut pas s'attendre à ce que la formule soit une solution miracle. Cependant, ce problème pourra certainement être résolu au niveau cantonal par d'autres moyens, et il faudra y faire face, car cela est nécessaire.

Un député LJS demande, concernant l'article 33B al. 3, qui stipule qu'au bout de six mois, le droit de facturer à la charge de l'AOS est retiré, comment cela sera appliqué aux médecins-cadres des HUG. Il se demande s'ils devront émettre des factures propres ou s'il y a des exceptions.

M^{me} Gurau explique que les médecins hospitaliers ont un statut assez particulier. Si un médecin est admis en main propre, cela signifie qu'il utilise cette admission de manière légale et conforme, y compris en travaillant à l'hôpital. Ainsi, il utilise son droit même lorsqu'il sort de l'hôpital.

M. Cassani ajoute qu'il doit demander un RCC¹.

Le député LJS souligne que Genève est un canton universitaire, où il y a beaucoup de spécialités. Il demande si des médecins étrangers seront engagés pour faire fonctionner l'hôpital, car, automatiquement, en agissant ainsi, il y aura à Genève la création d'un secteur ambulatoire à l'hôpital qui sera en concurrence avec les médecins de la ville, puisqu'ils ne pourront pas sortir de l'hôpital.

M. Cassani répond qu'il n'est pas impossible que ce soit le cas, mais il y a des limites à la quantité d'ambulatoire que l'hôpital peut réaliser.

Le député LJS remarque qu'il n'est pas fait mention de la commission quadripartite dans le projet de loi, et que cela semble n'être prévu que dans le règlement d'application.

M^{me} Gurau confirme.

Le président rebondit sur la remarque et la question de la députée socialiste. Lorsqu'il était directeur de la direction de la santé, il a obligé des psychiatres qui reprenaient des droits de pratique à s'installer à Vernier ou au Lignon, alors qu'ils souhaitaient s'installer plutôt vers Champel, par exemple. Il n'a jamais eu de recours.

Audition le 16.05.2025 de D^r Michel Matter, président de l'Association des médecins du canton de Genève (AMGe)

M. Matter indique qu'en ce qui concerne ce projet de loi, la situation à Genève nécessite une régulation. C'est une évidence reconnue depuis plusieurs années, mais elle doit être menée avec intelligence et concertation. Le véritable enjeu est de prévoir qui soignera la population dans les années à venir, ce qui constitue une responsabilité importante. Il s'agit de déterminer si le nombre de médecins actuel est suffisant ou s'il faut en anticiper davantage. C'est un choix relevant d'une réelle responsabilité politique. A Genève, une démarche particulière a été entreprise : la clause du besoin y a été appliquée de manière stricte et significative, une exception en Suisse, avec une suspension pour

¹ Registre des codes-créanciers. Les numéro RCC servent à simplifier le décompte des prestations avec tous les assureurs-maladie de Suisse. Une fois qu'ils ont reçu leur numéro RCC, les fournisseurs de prestations n'ont plus besoin de présenter une preuve d'admission et de qualification à chaque assureur.

toutes les spécialités. Heureusement, cette clause a été levée pour la médecine de premier recours – incluant les pédopsychiatres, les pédiatres et la médecine interne, qui comprend aussi les médecins praticiens. Ces spécialités sont essentielles. La levée de la clause du besoin pour ces domaines répond à une demande forte de la population, ainsi qu'à une pénurie annoncée. Des efforts sont menés auprès des étudiants pour les orienter vers ces spécialités. L'élément clé à Genève dans cette concertation, c'est la commission quadripartite, une instance centrale. Elle se tient sous l'égide du département, avec la participation des HUG, représentés par la directrice médicale, des cliniques privées, des médecins de l'AMIG et d'un représentant de l'AMGe – ce dernier y siège depuis plusieurs années. Ce cadre est essentiel, car il permet d'affiner les décisions. Selon lui, il faut réguler avec discernement, en ciblant les spécialités où cela est pertinent. Il donne l'exemple des anesthésistes : on les regroupe dans une même catégorie, mais beaucoup s'occupent exclusivement de la gestion de la douleur. Ainsi, si on se contente de chiffres globaux, il demande comment juger correctement. C'est au sein de la commission quadripartite que l'on peut expliquer, au nom des médecins genevois, les besoins réels en anesthésie. Les HUG y exposent aussi leur rôle de formation au niveau intercantonal, ce qui justifie un nombre de médecins supérieur à celui requis uniquement pour Genève. Il mentionne les chiffres fédéraux, qui suscitent chez lui des interrogations, notamment sur la prétendue sous-couverture en neurochirurgiens à Genève. Mais que recouvre exactement cette catégorie ? Est-ce un médecin qui traite les hernies discales ou un chirurgien opérant des tumeurs cérébrales ? Seul un travail approfondi au sein d'une commission permet de comprendre le nombre réel de praticiens dans chaque spécialité et leur disponibilité sur le terrain. Il rappelle souvent que remplacer des orthopédistes spécialisés de l'épaule par des experts du genou n'apporte rien à la population.

M. Matter poursuit en rappelant que l'AMGe a également demandé la levée de la clause du besoin pour la gynécologie-obstétrique et la psychiatrie. Pour lui, ces deux spécialités devraient être exclues du champ de la régulation. Il précise qu'il ne s'agit pas de parler du nombre de médecins, mais de l'équivalent plein temps. Chaque médecin détermine lui-même son taux d'activité, ce qui peut varier, et c'est là qu'un travail précis est requis. Il évoque les jeunes médecins, dont le rôle est essentiel, et qui se trouvent dans des situations très difficiles. Déjà en 2002, on parlait de la clause du besoin. Aujourd'hui, de jeunes médecins, dont la formation a coûté cher à la collectivité, entament leur spécialité – parfois en deuxième ou troisième année – et on leur dit qu'ils ne pourront pas s'installer, qu'ils doivent aller voir ailleurs. Cette chaîne est très compliquée. Il ajoute que le Parlement fédéral

envisage peut-être de restreindre le libre choix du médecin. Si cela devait se faire, un référendum serait lancé et il serait remporté. La clause du besoin a été perçue comme une véritable guillotine pour les jeunes médecins de certaines spécialités. Certains estiment qu'il n'y aurait pas de nouveaux médecins autorisés à s'installer pendant cinq à dix ans dans certaines disciplines. Cette perspective mérite réflexion.

M. Matter souligne que deux éléments principaux caractérisent cette situation : les sous-spécialités – un terme qu'il n'aime pas, car il s'agit en réalité de surspécialisations. Il ne faut pas les confondre avec les titres reconnus par l'ISFM : l'épaule n'est pas le genou.

M. Matter évoque enfin la question de la retraite. Lorsqu'un médecin prend sa retraite, certaines cliniques interdisent de pratiquer à partir de 70 ans, mais d'autres l'autorisent encore. Il n'existe pas de règle uniforme à ce sujet. Un médecin peut continuer à exercer aussi longtemps qu'il le souhaite. Une réflexion est en cours au sein de la commission quadripartite pour déterminer comment prendre en compte cette réalité. Certains médecins retraités souhaitent conserver leur droit de pratique pour pouvoir encore prescrire à leurs proches. Une solution a été trouvée : ils doivent simplement déclarer un taux d'activité très faible. La question de la retraite est un enjeu important : si les jeunes n'arrivent pas et que les anciens ne partent pas, on risque de se retrouver dans une situation figée. La pyramide des âges dans certaines spécialités est préoccupante, et la relève pose question. Il parle de la pénurie, déjà présente et à venir à Genève. Dans certaines spécialités, il devient difficile de transmettre un cabinet. Les habitudes évoluent : là où certains travaillaient à 120 ou 150%, la nouvelle génération aspire à un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Cela doit être pris en compte, car on raisonne en équivalent plein temps : ce n'est pas un médecin = un droit de pratique. Il faudra donc être attentif, car cette génération plus âgée, qui partira à la retraite, était très disponible. Enfin, il insiste sur la qualité de la formation : les futurs médecins doivent recevoir la meilleure préparation possible, et le département y est favorable. Car la relève doit être compétente. Pendant un certain temps, on s'interrogeait sur les conditions d'installation : il suffisait d'avoir exercé trois ans pour pouvoir s'installer. C'est là que la commission quadripartite de Genève a accompli un travail de fond.

La présidente demande la prise de position de M. Matter sur le PL 13587.

M. Matter souhaite que la commission quadripartite soit dûment mentionnée. Il évoque l'article 33C relatif à la sous-spécialisation. Selon lui, il a démontré que cet élément n'a pas lieu d'être, et propose de s'arrêter à « se spécialiser ». C'est ce qui a toujours été demandé au département, quel que soit le magistrat en charge. La demande constante de l'AMGe a été de tenir compte

des sous-spécialités, un sujet régulièrement discuté au sein de la commission quadripartite.

Un député PLR soulève une question d'ordre pratique concernant les délais d'attente pour certaines consultations. Il s'interroge sur la manière d'objectiver ces délais et de les opérationnaliser de manière équitable. Il demande comment, dans l'organisation de l'AMGe, un tel dispositif pourrait être mis en place, sachant qu'il dépend de praticiens et ne fait l'objet d'aucun regard extérieur.

M. Matter indique que l'AMGe fonctionne selon plusieurs principes, notamment celui de l'équité entre ses membres – aucune spécialité ne devant être surreprésentée. Il reconnaît que certains centres médicaux sont plus visibles, mais insiste sur le fait que l'AMGe travaille pour l'ensemble des groupes de l'association. Historiquement, elle a déjà réalisé des sondages auprès de ses membres, leur demandant s'il y avait un manque de médecins dans leur spécialité, mais aussi leur avis sur les autres spécialités, offrant ainsi un regard croisé. Ces données sont ensuite discutées au sein de la commission quadripartite. Il souligne la difficulté actuelle liée à la retraite : certains médecins annoncent leur départ sans le formaliser. L'AMGe doit encore progresser sur cet aspect.

Il donne l'exemple de la pédopsychiatrie, où l'on atteint 155% de couverture. On pourrait penser qu'il y a trop de pédopsychiatres, mais cela reflète une réalité spécifique au canton, à laquelle il faut répondre. Il apprécie que, grâce à la taille de Genève, les professionnels y collaborent facilement. Il insiste sur l'importance de la relève, soulignant que l'AMIG compte aussi de jeunes médecins souhaitant s'installer. Il reconnaît qu'il y a des interrogations sur le rôle de l'AMGe dans cette régulation. Il cite l'exemple des dermatologues : celui qui traite les petits boutons n'est pas celui qui pratique des injections de Botox. Il faut être attentif à ces distinctions.

Le député PLR précise qu'il ne pensait pas aux manifestations médiatiques, mais à des cas spécifiques – parfois relayés par des associations de patients ou le Grand Conseil – qui attirent l'attention. Il comprend le fonctionnement de l'AMGe, mais souligne que la mise en œuvre des dispositions proposées supposerait un système de monitoring des délais d'attente, afin de distinguer ce qui relève de la norme ou d'une situation préoccupante. Sans cela, on risque de passer à côté de certains besoins réels. Si cette notion devait figurer dans la loi, un tel système serait nécessaire.

M. Matter répond qu'ils essaient justement d'éviter qu'une spécialité déclare avoir suffisamment de médecins et crée artificiellement un délai d'attente. Ce dernier est relatif et fluctue fortement : certains patients exigent un rendez-vous le jour même. Il compare avec les délais côté français, où il

faut parfois attendre 6 à 9 mois dans sa spécialité, alors qu'à Genève, un rendez-vous peut être obtenu dans la journée.

L'AMGe est attentive aux signaux émis par les associations. Il cite un exemple lié au pied diabétique : un médecin voulait s'installer à Genève en prétendant être le spécialiste de cette pathologie, arguant d'un manque de médecins. Cette demande a été soumise à l'avis des associations, pour vérifier s'il existait réellement une pénurie. Il s'oppose à l'idée qu'un simple délai d'attente puisse justifier une installation. Il reconnaît l'intérêt du retour terrain, y compris des associations de patients, même s'il déplore que certaines soient plus engagées politiquement que véritablement centrées sur la protection des patients. Il préférerait interagir avec des associations de défense des patients. Pour lui, créer un système de monitoring serait trop complexe. Il rappelle que le département fait déjà un gros travail, notamment en matière d'urgence, mais souligne que seul le patient peut définir l'urgence. Or, cette perception varie : un patient peut juger une situation urgente, alors qu'elle pourrait attendre 24 ou 48 heures. Il doute donc de la pertinence d'un monitoring formel et pense que ces éléments ne doivent pas figurer dans la loi. Pour lui, les deux sujets fondamentaux restent la sous-spécialisation et le rôle de la commission quadripartite.

Le député PLR revient sur cette dernière, précisant que l'amendement de référence concerne l'article 6, lettre e, relatif aux commissions officielles, selon le règlement sur les commissions officielles (RCOf) (A 2 20.01).

M. Matter souligne que cette commission est consultative, non décisionnelle.

Le député PLR indique que la question est de préciser dans la loi la composition de ladite commission. Il demande si M. Matter peut se satisfaire d'une simple mention sans détail de sa composition.

M. Matter répond qu'il est essentiel que l'AMGe mais aussi l'AMIG soient expressément mentionnées dans la loi. Les cliniques privées sont des partenaires importants, notamment dans le cadre de la planification hospitalière, et les HUG doivent impérativement y figurer, puisqu'ils jouent un rôle clé dans la formation. Il insiste sur le fait que cette commission fonctionne très bien : elle permet l'échange d'idées dans un climat constructif, s'appuyant sur un historique solide. Il juge donc important que sa composition soit explicitement précisée dans la loi.

Un député Vert revient sur la question de la commission quadripartite, composée essentiellement de professionnels médicaux et à caractère consultatif. Il estime que le fait de ne rassembler que des acteurs du domaine médical fait perdre de vue l'intérêt public et commun, car les patients ne

seraient pas forcément représentés. Certes, les médecins sont des individus, mais aussi des ressources communes indispensables à la santé. La question de la clause du besoin soulève également une réflexion sur la gestion des ressources en santé. Aujourd'hui, on parle de cette clause comme si elle allait drastiquement limiter le nombre de praticiens. Or, le nombre de médecins devrait beaucoup diminuer cette année. En tant que spécialiste en santé publique, il estime qu'il faudrait davantage de médecins généralistes et moins de spécialistes, car la médecine générale et de premier recours est celle qui protège le mieux la santé. Il demande si cette position pourrait être défendue par l'AMGe.

M. Matter répond que c'est précisément l'orientation de l'action de l'AMGe. Depuis le départ, ils ont demandé la levée de la clause du besoin, qui ne s'applique pas à la médecine de premier recours – ni à la médecine interne, ni à la pédopsychiatrie, ni à la pédiatrie. C'est un point important. Il juge la remarque du député Vert essentielle. Il souligne aussi que ce dernier a bien défini le rôle de la commission, qui est justement d'apporter un certain ajustement. Il commence par rappeler qu'il faut réguler, et que cette régulation est nécessaire. Il se montre également sensible aux interrogations des jeunes médecins qui, dans certaines spécialités, ne pourront pas s'installer. La commission quadripartite, telle qu'elle est composée, correspond bien à la réflexion attendue. Ensuite, le département peut consulter les associations de son choix. En revanche, pour réguler le nombre de médecins, il est essentiel que la commission quadripartite intègre les HUG, les cliniques privées participant à la planification genevoise, ainsi que l'AMIG. C'est ce mode de fonctionnement et ces entités qu'il défend au sein de la commission quadripartite.

Audition le 16.05.2025 de D^r Bastien Barcellini et de D^r André Juillerat, coprésidents de l'Association des médecins d'institutions de Genève (AMIG)

M. Barcellini indique qu'il y a deux buts principaux, à savoir surtout réduire les coûts de la santé dans le canton de Genève, et améliorer au niveau national la répartition des médecins et spécialistes. Ils partagent complètement cet objectif et ce point de vue, et c'est peut-être juste sur la forme qu'ils auraient quelques propositions d'amélioration. Il propose de commencer par le ressenti de terrain. L'AMIG représente les personnes qui sont avant tout touchées par cette loi. Ce qui se ressent sur le terrain, c'est beaucoup de stress et d'incertitude chez les jeunes médecins, car c'est quelque chose qui arrive de manière assez brutale. Il s'agit d'une formation de plus de 10 ans, et beaucoup de médecins se retrouvent dans un entre-deux, avec des projets initiaux de

formation et de carrière qui sont remis en cause par la mise en place de cette loi. Sur le papier, cela semble être une bonne idée. Le problème, c'est la réalité personnelle et familiale de certains. Pour certains, c'est envisageable, mais il y a aussi un grand nombre de collègues pour qui c'est inimaginable, ce qui est dommage au niveau politique et étatique pour la population. C'est une formation très coûteuse pour cette dernière, et avoir des médecins qui ne pratiquent pas est regrettable. Il rappelle qu'il y a déjà un pourcentage de médecins qui ne pratiquent plus quelques années après la fin de leurs études. C'est contre-productif. Certains craignent même de devoir aller au chômage, car ils ne pourront plus travailler dans l'institution où ils sont actuellement, ni non plus exercer de manière indépendante alors qu'ils auraient théoriquement tous les documents pour le faire.

L'autre enjeu est de stabiliser l'offre ambulatoire, voire de la diminuer dans certaines situations, car ils considèrent qu'il y a une sur-offre. Le problème de diminuer l'offre ambulatoire, c'est le risque de surcharger davantage les urgences. Actuellement, il y a déjà un phénomène de surcharge dans le canton, notamment en psychiatrie. De nombreux patients se retrouvent finalement aux urgences, avec le coût que cela implique, alors qu'ils n'y seraient pas venus s'ils avaient pu consulter un spécialiste dans un délai raisonnable, ce qui n'était pas possible. Cela coûte beaucoup plus cher à la santé qu'un patient soit vu en urgence hospitalière plutôt qu'en cabinet. Evidemment, c'est une source de crainte pour la profession médicale, car cela rajoute de l'incertitude et du stress, et probablement certains jeunes pourraient même renoncer à ce parcours. Tout cela fait qu'après des jeunes médecins en formation, il y a une rupture de confiance envers le monde politique et l'Etat, avec un sentiment de manque de suivi. Même lors des discussions auxquelles l'AMIG a participé ces dernières années pour avancer, ils ont parfois eu le sentiment de ne pas être écoutés ni suivis. Il mentionne la caducité mise en place pour l'autorisation de facturer après six mois d'inactivité, qui avait été longuement discutée et qui n'est pas actuellement appliquée. Or, cette disposition est réintégrée dans le PL sans avoir été formellement discutée avec l'AMIG. Il trouve cela dommage, car cela a des conséquences très importantes aux yeux de l'AMIG.

M. Juillerat revient sur le PL et certains articles. Il indique que l'AMIG a discuté avec l'AMGe et qu'ils étaient d'accord sur certains amendements et propositions de modifications que l'AMGe voulait apporter. Ils partageaient le principe de cette loi et la volonté qu'elle suive son idéal. Par rapport à l'article 33B sur les admissions, l'usage et la caducité en cas d'absence d'utilisation de l'AOS, il rappelle que c'était le cas avant l'application transitoire de la loi fédérale mise en place en 2022, et qu'il avait été décidé de ne pas introduire cette caducité à ce moment-là, car une limitation avait déjà

été mise en place pour l'obtention de l'AOS. Il n'y avait donc pas de raison d'ajouter un second garde-fou. Cela crée aussi une inégalité avec les médecins qui ne sont pas soumis à cette règle. Il souligne que ce point a été discuté au sein de la commission quadripartite et que cela semble injuste. A propos de l'article 33B alinéa 3, il est dit qu'il existe des exceptions, mais elles lui semblent insuffisantes, car de nombreuses situations particulières n'y entrent pas. Il cite l'exemple d'un frère pneumologue aux HUG, qui arrive au terme de ses six ans de formation, demande l'AOS et a un projet d'installation en cabinet. Malheureusement, son projet tombe à l'eau pour les raisons évoquées. Comme il a démissionné des HUG, il doit soit s'inscrire au chômage, soit trouver une place dans un autre canton où il ne pourra pas utiliser son AOS. Puis, au moment de son projet d'installation, il n'a plus son AOS et se retrouve dans la même situation initiale. Il ajoute qu'il est mentionné « formation postgrade », mais demande ce que cela signifie exactement. Les chefs de cliniques ne sont plus en formation postgrade, et il se demande s'ils sont concernés ou pas. Un médecin adjoint qui change de carrière et souhaite s'installer pourrait aussi perdre son AOS. Il rappelle qu'il avait été initialement précisé que tous les médecins travaillant dans les institutions du canton étaient reconnus. Le souhait de l'AMIG est qu'il n'y ait pas cette caducité. Il n'est pas nécessaire de limiter l'usage de l'AOS après son obtention, puisque les médecins sont déjà limités pour l'obtenir.

M. Barcellini relève qu'à l'article 33C, alinéa 2, qui mentionne les personnes consultées, l'AMIG souhaiterait qu'au lieu d'être nommée directement, car le nom de l'association peut changer, il soit précisé que ce sont les associations représentant les médecins en formation et les médecins indépendants, à savoir l'AMIG et l'AMGe. Ces dernières participent déjà à la commission quadripartite et y ont un siège. Ils aimeraient pouvoir consolider cette représentation, même s'il n'est pas certain que cela soit faisable au sens de la loi.

Il mentionne ensuite l'article 33C, alinéa 4, qui précisait que cela concerne un domaine de sous-spécialisation reconnu par l'ISFM. Il souligne qu'il faut bien comprendre qu'il existe plusieurs spécialités avec des sous-spécialités, par exemple en orthopédie, dont certaines ne sont pas reconnues par l'ISFM, et que ce n'est pas le même métier. Un gynécologue opérateur n'a pas le même profil qu'un gynécologue spécialisé dans l'infertilité.

M. Barcellini souligne également que l'AMIG n'a pas été consultée pour l'avant-projet de loi. Ils ont fait cette remarque aux personnes concernées, qui ont répondu que l'AMIG siège au conseil de l'AMGe et était donc indirectement représentée. Il précise que l'AMGe a aussi un siège, de même que les HUG, qui ont sûrement été invités à part entière. Cependant, en tant

qu'association à part entière, l'AMIG aurait souhaité être considérée comme telle. Cela s'ajoute au sentiment qu'ils ont d'être ignorés dans le projet, alors même qu'ils représentent la première population impactée par cette mesure.

La présidente comprend qu'ils formulent des propositions d'amendement. La première serait la suppression de l'article 33B, alinéa 3, ou alors une modification de cet alinéa.

M. Barcellini répond qu'il souhaite retirer cette caducité entièrement, car dans le règlement d'application actuel, cette caducité n'existe pas.

La présidente demande ce qu'ils souhaitent faire concernant l'article 33C, alinéas 2 et 4.

M. Barcellini cite l'article 33C, alinéa 2 : « (...) 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. » Il propose qu'il soit ajouté « ainsi que les sociétés représentant les médecins en formation et installés », ou une formulation similaire.

La présidente demande si les membres de l'AMIG ne se sentent pas représentés par les sociétés de discipline médicale.

M. Barcellini explique que, par expérience, comme ils n'ont pas été consultés pour l'avant-projet, il craint que si la loi ne le précise pas, ce ne soit pas le cas.

Un député PLR pose une question concernant la caducité. Il demande quelle est son utilité selon les auditionnés. Il trouve que ce qui importe, c'est surtout l'usage qu'on en fait.

M. Juillerat répond que cette clause est reprise de la loi fédérale, qui ne comprenait pas de clause du besoin. Cela faisait sens, car tant que le médecin n'a pas besoin de facturer à l'AOS ni de s'installer, il ne fait pas la demande. Lorsqu'un projet réel se présente, il demande et reçoit son autorisation. La mise en place d'une clause du besoin, qui crée un obstacle juste avant, enlève la substance de ce dispositif. Aujourd'hui, les médecins obtiennent le FMH et demandent directement leur autorisation à facturer, car ils ignorent quand ils la recevront.

Pour certaines spécialités, si l'on se base sur les chiffres des listes d'attente et la sur-offre calculée à partir des chiffres fédéraux, il y aurait un certain nombre de médecins en trop. Le corollaire est que le délai d'attente pour un patient peut atteindre 10 ans ou plus. Cela signifie aussi que, lorsque le médecin reçoit son autorisation, ce n'est pas forcément le bon moment pour

s'installer. Il prend l'exemple d'un médecin initialement orienté vers une carrière académique qui change de projet en cours de route, ou d'un chef de clinique qui poursuit une sous-spécialisation après avoir obtenu son FMH et demande son autorisation. Si celle-ci est délivrée trop tôt, alors que la sous-spécialisation n'est pas terminée, il n'a pas envie de s'installer, ce qui fragilise les hôpitaux suisses, qui perdent une certaine stabilité. C'est pourquoi la caducité paraît insensée. Il ajoute que les médecins proches de la retraite tiennent à garder leur droit de faire des ordonnances et certificats, et qu'il est donc impossible de leur demander de céder leur autorisation. L'idée serait qu'ils annoncent leur arrêt d'activité tout en conservant formellement leur autorisation, sur parole d'honneur, en ne voyant plus de patients et sans coûter à la société.

M. Barcellini ajoute qu'il pourrait y avoir des motifs valables prévus par écrit, mais que le problème est qu'il n'existe pas de liste exhaustive. On peut prolonger cette autorisation par écrit, mais cela entraînerait une charge administrative importante pour l'OCS, notamment pour suivre les mises à jour des équivalents temps plein, ce qui ne peut pas se faire plus souvent que tous les 4 ans.

Un député PLR relève le cas des médecins aux HUG, qui doivent rester en poste un certain temps avant de pouvoir s'installer. Il souligne que les hospitalisations ambulatoires, qui sont réalisées par les établissements hospitaliers, ont des coûts hors croissance les plus importants. Par conséquent, on se trouve dans une situation où l'on bloque l'installation des médecins en les obligeant à fournir des prestations hospitalières ambulatoires, ce qui revient à transférer les soins de la médecine de ville vers la médecine ambulatoire, plus coûteuse. Il demande si l'AMIG partage cette conclusion.

M. Juillerat répond que cela a été discuté à la commission quadripartite et que ce reproche a effectivement été formulé. Il confirme qu'il y a bien une translation, notamment à Genève où il ne s'agit pas d'un petit hôpital ou d'une petite clinique, mais d'un hôpital académique avec tout le plateau technique à disposition, ce qui entraîne des coûts gigantesques. Il y a donc une certaine forme d'illogisme derrière cela. Cependant, cela dépend formellement des spécialités.

M. Juillerat ajoute que ce problème ne se posera pas aux HUG, car leur règlement prévoit qu'au bout de 6 ans un chef de clinique ne peut pas rester dans cette position et qu'il faut former de nouveaux internes.

Le député PLR rappelle qu'au niveau national, un projet de planification de la formation des soignants a débuté il y a 2 ou 3 ans. Il demande si l'AMIG sait où en est ce projet, et s'il ne faudrait pas que la restriction d'accès au

système de formation des médecins soit suffisante pour garantir que toute personne entrant dans ce système fera bien le métier.

M. Juillerat trouve que c'est une question très pertinente et que c'est là le nœud du problème. C'est ce que défend l'AMIG. La carrière médicale implique une formation très longue avant de devenir médecin. La loi est arrivée de manière abrupte sans vraiment prendre cela en compte, ou seulement partiellement. Jusqu'à présent, l'accent a été mis sur la minimisation de l'impact aux HUG, ce qui fait que, dans le règlement actuel, les médecins qui avaient la possibilité de partir ont été incités à rester aux HUG. Le problème est qu'on n'a pas considéré les médecins déjà formés, qui sont engagés dans une voie, et qui se retrouvent soudainement bloqués alors qu'ils travaillent depuis plusieurs années. Il mentionne le projet « Réformer », qui avance très lentement, mais qui n'est pas lié à la loi, ce qui est problématique selon lui. Si la loi s'inscrivait vraiment dans un projet comme « Réformer », et incluait une régulation à l'entrée des études, cela réglerait énormément de problèmes. Bien sûr, il resterait des incertitudes, mais beaucoup de doléances seraient alors supprimées grâce à un système qui définit clairement les choses dès l'entrée.

Le député PLR rappelle qu'il a été dit que, dans le système actuel, les médecins déjà diplômés à l'entrée de la nouvelle réglementation n'auraient pas de problèmes et pourraient s'installer. Mais avec ce changement, ils seront obligés de se retirer sous peine de perdre leur AOS après 6 mois.

M. Barcellini répond que non, et précise que de toute façon ils sont sur liste d'attente.

Le député PLR demande s'il y a une discussion avec les homologues du CHUV, en soulignant que le cadre légal est fédéral.

M. Barcellini indique que Neuchâtel et le Valais ont déjà mis en place quelque chose dans ce sens. Vaud a décidé de ne pas appliquer cette limitation à toutes les spécialités, contrairement à Genève. Le Valais l'a appliquée pour deux spécialités, tout en se réservant la possibilité de l'étendre. Il rappelle qu'il n'y a pas d'obligation de limiter, mais une obligation d'utiliser le calcul fédéral, et de limiter seulement si l'on considère qu'il y a un excès dans certaines spécialités. Ce n'est donc pas une obligation de bloquer, mais une possibilité à considérer.

M. Juillerat complète qu'il y a des spécialités qui ne sont pas prévues pour être bloquées : pédiatrie, médecine générale, pédopsychiatrie et médecine tropicale des voyages.

Un député PLR pose une question sur l'économicité. Avec l'arrivée d'EFAS, il demande si cela signifie que tout le monde va plus facilement aller

à l'hôpital. Il se demande quel coût cela pourrait engendrer pour le canton, notamment si les gens iront par défaut à l'hôpital pour être pris en charge.

M. Juillerat répond qu'au niveau d'EFAS, le « avant-après » pour les HUG ne devrait normalement pas changer grand-chose, car c'est un service hospitalier cantonal. Ils ont déterminé leurs besoins ambulatoires pour toutes les spécialités et ont la possibilité, en tant qu'établissement de formation, d'engager les médecins nécessaires pour faire fonctionner l'hôpital et ses différents services. En termes de charge de travail, il ne prévoit donc pas de changement important.

M. Giannakopoulos corrige en disant que ce n'est pas vrai que les hôpitaux peuvent engager des internes sans limite.

M. Juillerat ajoute que, selon l'AMIG, la caducité va plus pénaliser les médecins que le fait d'en instaurer une pour les suivants. Il imagine une situation où le médecin X, premier sur la liste, obtient son AOS, mais pourrait décider de ne pas l'utiliser immédiatement, en prévoyant de le faire dans deux ans. Dans ce cas, on pourrait déjà contacter le suivant, qui lui peut commencer tout de suite. Cela rendrait la couverture moins linéaire, mais sur le long terme, si celui qui a obtenu l'AOS ne l'utilise pas au début et décide de l'utiliser plus tard, cela augmente les chiffres. Comme les recalculs se font tous les 3 à 4 ans, cela ne pose pas vraiment problème puisqu'il n'y a pas d'ajustement intermédiaire.

Discussion

La présidente rappelle que la commission est tenue par le temps parlementaire et qu'il faudrait voter ce soir. La commission a reçu deux amendements (S et LJS).

Une députée socialiste regrette que l'audition de l'Organisation suisse des patients n'ait pas pu être faite, au moins par écrit.

Un député PLR comprend qu'il faut que la loi soit votée pour le 1^{er} juillet 2025, mais il demande ce qu'il se passe si le vote intervient trois mois plus tard.

M. Giannakopoulos répond que c'est un peu compliqué, car cela créerait un vide juridique. Il y aurait alors un règlement transitoire jusqu'à ce que la nouvelle loi soit votée. Le canton ne peut pas rester sans cadre légal. Il souligne aussi l'importance de la commission quadripartite dans les amendements. Il attire l'attention de la commission sur le fait que certains points, comme les délais d'attente, ne pourront pas être suivis par l'OCS. C'est un indicateur très relatif, et un consensus est peu probable à ce sujet. La politique définira ce qui sera faisable ou non pour le département.

Une députée socialiste rappelle que la notion de délai d'attente vient du projet de loi sorti du département, mais que ce dernier souhaite maintenant enlever la mention du délai d'attente.

M. Giannakopoulos explique que le délai d'attente faisait partie du projet initial. Il indique que l'AMGe et l'AMIG ont introduit cette notion, estimant qu'il fallait prendre en compte les délais d'attente. Il reconnaît toutefois qu'il y a un élément exceptionnel et doute qu'il soit possible de bien le mettre en œuvre. Mais il fallait trouver un consensus avec tous les amendements. Ce critère sera difficile à surveiller et sera suivi un peu via les retours du terrain.

Le député LJS, pour faire avancer le débat, s'il faut voter, dit que la formulation du dernier amendement de la députée socialiste lui convient, et qu'il retirerait dans ce cas-là le sien. Il rappelle que le délai d'attente était dans le projet initial. Concernant les patients, ils sont importants, mais mentionnés dans l'article 33B, alinéa 2, qui prévoit une consultation des patients. Il doute que les entendre sur le projet de loi change beaucoup les choses. Il est donc disposé à voter tel quel avec l'amendement socialiste, et à retirer le sien.

Un député PLR reconnaît le risque de ne pas réussir à élaborer une loi qui satisfasse tout le monde. Il demande s'il est possible de faire une loi expérimentale, par exemple pour une durée de trois ans, pour tester le modèle en acceptant une certaine imperfection. Cela aurait le mérite d'apporter une certaine sérénité sur un travail qui n'est pas complètement abouti. Il demande si c'est réaliste et réalisable.

M. Giannakopoulos répond que c'est effectivement une possibilité d'observer pendant une période ce qui se passe avec le texte, qui de toute façon ne pourra pas satisfaire tout le monde.

La présidente annonce qu'il y aurait possibilité de faire une séance extraordinaire la semaine prochaine entre 12h et 14h, avec un délai de dépôt du rapport au 3 juin 2025.

Une députée socialiste propose de demander une procédure d'urgence pour que ce projet de loi soit traité rapidement, lors de la session du mois de juin.

Le député PLR souligne que cela pourrait aussi relever d'une catégorie IV.

La présidente propose de siéger avant la plénière de la semaine prochaine pour boucler ce projet de loi. Elle rappelle qu'il faudrait voter une clause d'urgence, ce qui nécessite l'unanimité, et que ce soit possible pour la session des comptes en urgence.

Un député LJS aimerait connaître la position des groupes sur les amendements proposés. Il souligne que repousser d'une semaine pour amener

des changements ne semble pas pertinent s'il n'y a pas de groupe qui souhaite déposer un nouvel amendement.

La présidente trouve qu'il y a une zone d'ombre autour de la caducité de la mission de l'AOS, un point soulevé jusqu'ici.

Un député PLR propose de voter ce soir, y compris les amendements. Cela n'empêche pas que l'objet soit de nouveau traité en plénière. Si la majorité souhaite discuter d'autres points, cela peut se faire en plénière. Il précise qu'un amendement supprimerait la caducité, majorité ou pas, puis en plénière, si la majorité des députés souhaite encore modifier le texte, il y aura le temps de le faire.

Le député PLR est d'accord avec cette proposition. Il rappelle qu'il y aura des séances de commission avant la séance de juin où l'on pourra avoir l'avis du département. D'un point de vue administratif, il faut envoyer le projet de loi. Ensuite, la commission pourrait consacrer 1 ou 2 heures à cette question après la prochaine plénière. Il y aura encore des opportunités de discussion et d'amendements, même conjoints, à déposer en plénière.

Un député PLR n'est pas d'accord. Avec son expérience, quand on arrive avec des projets pas encore ficelés, aussi complexes, et en plus avec la volonté de faire des amendements en plénière, il est certain qu'il y aura un retour en commission, ce qui représente un vrai risque. Il a l'impression qu'il n'y a pas d'opposition de fond et que l'on essaie surtout de trouver la moins mauvaise manière de finaliser le texte. Il pense qu'il est possible d'atteindre l'unanimité. Il préférerait finaliser ce texte sereinement vendredi prochain, afin d'éviter les débats sans fin et les risques en plénière. Concernant la commission quadripartite, pour lui, il y a un réel problème à l'intégrer dans la loi, c'est une question de hiérarchie des normes. Il ne sait pas si cela a bien été évalué, car il y voit un vrai risque. Or, comme l'AMGe en a fait un point non négociable si elle n'est pas incluse, si la commission ne clarifie pas cette question, elle risque de voter une loi qui posera plus de problèmes qu'elle n'en résout.

Une députée socialiste demande une position écrite de l'Organisation suisse des patients.

La présidente confirme qu'il y a effectivement la question de la prise en compte de la position des patients, ainsi que celle de la compatibilité de mentionner une commission quadripartite avec sa composition dans la loi.

Un député PLR indique que, pour l'énergie et les aménagements, les commissions officielles sont bien inscrites dans la loi avec la mention des associations qui y sont représentées.

Un autre député PLR souligne que, dans le règlement J 3 05.50 – le règlement d'application de l'ordonnance fédérale sur la fixation des nombres

maximaux de médecins fournissant des prestations ambulatoires – la composition de la commission quadripartite est déjà fixée. En réalité, la commission ne devrait donc pas avoir à se battre pour savoir comment l'inscrire dans la loi, puisqu'elle existe déjà. Il propose de mentionner simplement « la commission quadripartite, telle que définie dans le règlement ».

Séance du 23.05.2025 : discussion et prise de position des groupes

Le président indique que la commission a déjà auditionné le DSM, l'AMIG, l'AMGe, ainsi que reçu une position écrite de l'Organisation suisse des patients. Elle a également reçu des amendements généraux des députés LJS (dits « ComSanté ») et PLR. Il pense pouvoir passer au vote de l'entrée en matière, mais souhaite au préalable connaître la position des groupes.

Un député LJS indique avoir eu des discussions informelles avec les différents groupes afin de rechercher un consensus. Il soutiendra les amendements qu'il a présentés. Il considère que les propositions du PLR sont discutables, bien qu'elles présentent quelques réserves. Il estime que la suppression de l'alinéa 3 est inenvisageable, car un renouvellement des droits de pratique est nécessaire. Pour ceux qui ne les utilisent pas, un tri est indispensable afin d'éviter une liste trop étendue. Il est ouvert à un débat sur la formulation entre « peut » et « doit », mais laisse le soin au DSM de se prononcer. Concernant l'alinéa 2 de l'article 33C, relatif à la modification de la période de 2 à 4 ans, il considère que cela poserait un problème administratif important. Ces consultations sont vastes, incluant de manière générale les associations de médecins, les cliniques privées et les associations représentant les patients. Refaire cet exercice tous les deux ans serait complexe. Par ailleurs, dans le cadre de la formation médicale, l'obtention du FMH nécessite plus de quatre ans, ce qui rend le délai de 4 ans pertinent, notamment en cas de manque de médecins. En ce qui concerne l'alinéa 4 proposé par le député LJS, qui introduit la notion d'« exceptionnellement dans des cas particuliers », il reconnaît que, si les partenaires consultés obtenaient plus de prérogatives, cela pourrait être justifié. Toutefois, il craint une multiplication des recours de la part de spécialités insatisfaites, ce qui pourrait engendrer des blocages dans l'application du dispositif.

Un député PLR informe que le groupe PLR votera en faveur de l'entrée en matière du PL 13587. Il rappelle que, comme mentionné dans l'exposé des motifs, le Parlement fédéral a adopté la révision de la LAMal, et qu'il est essentiel pour le canton de définir un cadre expliquant comment appliquer cette décision des Chambres fédérales. Il insiste sur la nécessité de trouver un équilibre pour éviter tout blocage du système.

Un député UDC précise que le groupe UDC soutiendra l'entrée en matière de ce projet de loi, tout en attendant des éclaircissements afin de mieux situer sa position sur les différents amendements. Il soulève une question : si une spécialité compte aujourd'hui 20 médecins autorisés à facturer, mais qu'après réévaluation, seuls 15 sont nécessaires, il demande ce qu'il se passe pour les 5 médecins excédentaires.

Le président répond qu'il existe des droits acquis, et qu'il est impossible de revenir en arrière.

Un député PLR annonce qu'il s'abstiendra à titre personnel sur l'entrée en matière, mais qu'il votera les amendements. Il salue le travail accompli, tout en refusant de cautionner ce qu'il qualifie de jeu de dupes, les règles échappant au parlement. Il qualifie ainsi la situation, car la population s'attend à des mesures concrètes pour maîtriser l'augmentation des coûts liés à l'assurance obligatoire des soins, alors que ce projet ne modifie rien de fondamental. Il estime que l'effet de ces mesures sur le système de santé n'est pas démontré. En validant l'entrée en matière, on donne à tort l'impression que le parlement prend ce sujet au sérieux. Selon lui, il s'agit uniquement de complications administratives et juridiques, et il ne peut personnellement cautionner cette approche.

Une députée socialiste indique que, suite à la réception de la position de l'Organisation suisse de défense des patients, elle souhaite ajouter à l'alinéa 4 que la commission quadripartite ainsi que les associations représentant les patients soient consultées.

Une députée Verte précise que les Verts accepteront l'entrée en matière et voteront les amendements dits « ComSanté » (ceux présentés par le député LJS), issus d'un consensus et d'un travail approfondi ces derniers jours, ainsi que l'amendement récemment proposé par le groupe socialiste. En revanche, ils rejeteront les amendements du PLR, estimant qu'ils apporteraient peu d'effet concret à ce projet de loi.

Un député MCG annonce que le groupe MCG soutiendra l'entrée en matière et votera l'amendement proposé « ComSanté ».

M. Giannakopoulos souligne qu'il faut tenir compte de la faisabilité des amendements. Si l'on vide le projet de son contenu, le DSM ne pourra pas le mettre en œuvre. Il comprend les positions qui s'opposent à ce projet, mais rappelle qu'il faut agir dans les limites du possible, au quotidien.

Votes

1^{er} débat

Le président met au vote l'entrée en matière du PL 13587 :

Oui : 12 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG, 1 PLR, 2 UDC, 1 LC)

Non : —

Abstentions : 1 (1 PLR)

L'entrée en matière du PL 13587 est acceptée.

2^e débat

Titre et préambule pas d'opposition, adopté

Art. 1 souligné pas d'opposition, adopté

Art. 33B

Le président rappelle qu'il y a 2 amendements à l'alinéa 3.

Un député PLR indique avoir déposé deux amendements. Le premier répond à une demande de l'AMIG visant à supprimer la caducité.

Modification Art. 33B, al. 3 :

Proposition 1 (reprise AMIG)

~~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 durant plus 6 mois suivant la date de délivrance devient caduque. Le département peut exceptionnellement, pour de justes motifs, notamment tels que la maladie, l'accident, la maternité ou la formation postgrade ou continue, prolonger ce délai, sur demande écrite du titulaire formulée avant l'expiration du délai.~~

Des cas problématiques ont été identifiés, notamment avec des médecins susceptibles d'obtenir un droit de pratique à l'avenir – qui pourraient s'inscrire sur les listes tout en étant encore aux HUG. Si ces médecins obtiennent un droit de pratique et ne démissionnent pas dans les six mois, ils le perdent. Le groupe PLR est sensible à cette problématique et propose donc de supprimer entièrement cet alinéa. Si cette proposition n'est pas acceptée, il souhaite au moins assouplir l'alinéa 3, tel que modifié dans l'amendement « ComSanté », en remplaçant « le département **peut** » par « le département **doit** », puisque des justes motifs existent. Le groupe PLR estime que la loi doit être claire : le département ne « doit » intervenir que lorsqu'il y a de justes motifs.

Proposition 2

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~~ durant plus 6 mois ~~suivant la date de délivrance~~ devient caduque. Le département doit ~~exceptionnellement~~, pour de justes motifs, notamment ~~tels que~~ la maladie, l'accident, la maternité ou la formation postgrade ou continue, prolonger ce délai, sur demande écrite du titulaire formulée avant l'expiration du délai.

Le député LJS rappelle que les médecins en formation craignaient que, dès l'obtention de leur FMH, s'ils poursuivaient une formation hospitalière, ils se retrouvent soumis à une règle de caducité. C'est pourquoi il avait ajouté, dans l'amendement « ComSanté », à la suite de « la formation postgrade ou continue », une précision permettant à un médecin, même titulaire de la FMH, poursuivant une formation à l'hôpital, de ne pas être concerné par la règle des six mois. Il estime donc que la suppression complète de l'alinéa, comme proposé par le PLR, ne tient pas pour les médecins en formation. En ce qui concerne les termes « peut » ou « doit », il considère que c'est au département de se positionner, tout en reconnaissant qu'il s'agit ici d'instaurer une obligation légale liée à l'existence de justes motifs.

M. Giannakopoulos précise qu'il ne faut pas confondre le titre de spécialiste et l'autorisation de facturer à l'AOS. La facturation AOS dépend de ce statut, mais un spécialiste ne bénéficie pas automatiquement de cette possibilité. Si une personne obtient l'autorisation de facturer AOS tout en restant à l'hôpital, cela peut entraîner une distorsion évidente de la concurrence, car elle sera comptabilisée par le DSM. Pour le DSM, le délai de six mois est essentiel pour garantir une régulation. Concernant les « justes motifs », il souligne que leur portée peut être très large. Ce travail est déjà effectué, mais selon lui, il serait préférable d'utiliser le terme « peut » plutôt que « doit ». Le DSM serait plus à l'aise avec l'amendement consensuel qu'avec celui du PLR.

Une députée socialiste souhaite souligner qu'avec la modification de l'alinéa 3, la caducité ne s'applique plus uniquement aux personnes venant d'obtenir une autorisation AOS, mais à tous les médecins disposant de cette autorisation. Elle estime qu'il est important que, dans un système de régulation, tous soient soumis aux mêmes règles. Elle considère qu'il n'est pas acceptable de disposer d'une autorisation AOS sans l'utiliser, afin de garantir que tous les médecins comptabilisés soient disponibles pour la population.

Une députée Verte rejoint la position de la députée socialiste. Si elle a bien compris, l'autorisation de facturer AOS constitue l'outil principal de suivi de l'offre.

M. Giannakopoulos confirme.

Une députée Verte demande si, dans l'hypothèse où la commission adopte l'amendement « ComSanté » – qui supprime la caducité uniquement pour les personnes venant d'obtenir leur autorisation AOS – l'administration serait en mesure de s'adapter, et si le département est suffisamment équipé pour assurer ce suivi.

M. Giannakopoulos répond que oui, pour les personnes qui se manifestent. Il évoque l'amendement du PLR et souligne que, dans le cas de justes motifs, si une personne indique avoir obtenu l'autorisation AOS, mais doit encore suivre six mois de formation pour une sous-spécialisation, cela est gérable pour le DSM. En revanche, si aucune information n'est fournie et que le DSM découvre ultérieurement un retour, cela pose problème. Ce n'est pas une question de charge de travail, mais bien de disponibilité de l'information. Il craint davantage une situation où chacun invoquerait un juste motif, forçant le DSM à traiter chaque cas, ce qui serait problématique.

Une députée Verte demande par quel mécanisme le département peut savoir qu'une autorisation AOS n'a pas été utilisée pendant six mois.

M. Giannakopoulos répond que cela passe par les sociétés de discipline. Le DSM consulte l'AMGe et pose la question.

Le député PLR retire son premier amendement (celui de la suppression de l'alinéa 3). Concernant l'évaluation du volume de prestations mises à disposition de la population, il précise que ce n'est pas une question de 0,1 par médecin. Une autorisation AOS ne signifie pas nécessairement que la personne compte comme une capacité à 100% sur le marché. Il propose qu'une autorisation puisse être délivrée à une personne qui ne l'utilise pas immédiatement, mais soit comptée comme à 0 pendant un an, ce qui éviterait qu'elle ne revienne en bas de la liste. Il soulève également la question de la transparence. Il demande si la SASIS permet d'identifier qui facture. En principe, les assureurs font la demande auprès de la SASIS. Avec l'EFAS, une transparence accrue est prévue, et le canton aura accès à l'ensemble des facturations. Il interroge sur la prise en compte de cette évolution, ou si elle est encore trop lointaine. Enfin, il propose que la commission indique « pour de justes motifs fixés par voie réglementaire », afin de laisser au Conseil d'Etat la possibilité de définir les conditions. Il comprend la crainte du carcan juridique, mais rappelle que les éléments inscrits dans la loi ne sont jamais totalement exhaustifs. Il demande si le département souhaite supprimer la phrase « notamment tels que la maladie, l'accident, la maternité ou la formation postgrade ou continue, prolonger ce délai sur demande écrite du titulaire formulée avant l'expiration du délai ».

M. Giannakopoulos précise que ce qui est calculé tous les quatre mois, ce sont les équivalents plein temps (ETP), avec une grande précision en fonction des pourcentages. Ainsi, les personnes qui ne sont pas prises en compte sortent temporairement de la comptabilité, mais peuvent y revenir. Il indique que les données de la SASIS ne permettent pas de connaître les informations issues des assureurs. Concernant l'EFAS, il confirme que ce système pourrait constituer un changement fondamental : en principe, pour bénéficier des fonds cantonaux, les prestataires seraient tenus de transmettre ces données. Il souligne que cela donnerait un sens totalement différent aux démarches du département. En termes d'économicité, ce qui fait défaut aujourd'hui, c'est l'absence d'informations sur le volume de prestations produites et facturées. Il espère que ces données seront disponibles à partir de 2028 ou 2029. S'agissant des « justes motifs fixés par voie réglementaire », il indique que le DSM pourrait vivre avec une telle formulation, à condition qu'elle soit claire. Il se dit également favorable au maintien de la liste actuelle des exemples de justes motifs après le mot « notamment » (maladie, accident, maternité, formation postgrade ou continue), car, de toute manière, le DSM appliquera ces cas.

Le président exprime une réserve : selon lui, l'emploi du terme « notamment » laisse une trop grande marge d'interprétation, tant pour le DSM que pour l'OCS.

Le député LJS insiste sur un point qu'il juge essentiel : le département n'a pas accès aux données de facturation des médecins. Il ne pourra donc pas exercer un contrôle systématique à travers tous les niveaux de concordat pour vérifier si l'autorisation AOS est utilisée. Le suivi se fera plutôt en collaboration avec les sociétés cantonales de disciplines médicales, ce qu'il considère comme une approche positive. Concernant la mention « par voie réglementaire », il émet une réserve : il trouve problématique de ne mentionner que cette formule, et souhaiterait qu'un minimum de critères soit explicitement inscrit dans la loi.

Le président conclut que, concernant l'amendement du PLR, on part du principe que le mot « doit » remplace « peut », et que tout ce qui suit le terme « notamment » est conservé.

Le président met aux voix l'amendement du PLR à l'art. 33B, al. 3 :

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 durant plus de 6 mois devient caduque. Le département doit, pour de justes motifs fixés par voie réglementaire, notamment la maladie, l'accident, la

maternité ou la formation postgrade ou continue, prolonger ce délai, sur demande écrite du titulaire formulée avant l'expiration du délai.

Oui : 3 (3 PLR)

Non : 11 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG, 2 UDC, 1 LC)

Abstentions : –

L'amendement du PLR est refusé.

Le président met aux voix l'amendement « ComSanté » proposé par une partie de la commission :

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 durant plus de 6 mois devient caduque. Le département peut, pour de justes motifs, notamment la maladie, l'accident, la maternité ou la formation postgrade ou continue, prolonger ce délai, sur demande écrite du titulaire formulée avant l'expiration du délai.

Oui : unanimité

Non : –

Abstentions : –

L'amendement « ComSanté » est accepté.

Le président met au vote l'art. 33B tel qu'amendé.

Oui : unanimité

Non : –

Abstentions : –

L'art. 33B tel qu'amendé est accepté à l'unanimité.

Art. 33C

Le président relève qu'il y a un amendement de la part de la commission (« ComSanté »), et un amendement du PLR.

Le député PLR indique qu'il s'agit du même principe que précédemment.

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 doit prévoir des facteurs de pondération différents selon les domaines de spécialisation concernés. Ces facteurs sont fixés, notamment, en tenant compte du préavis sociétés de discipline médicale des associations des médecins du canton de Genève, des hôpitaux et des cliniques et celles 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 2 ans.

Cette loi confère beaucoup de pouvoir au département. Il comprend que la majorité de la commission de la santé souhaite procéder ainsi. Pour sa part, il estime qu'il faut un meilleur équilibre avec les médecins et les patients. Pour être honnête, il regrette que tant de poids soit donné au département. A ce stade, il pense qu'il est nécessaire de garantir que les sous-spécialités concernées bénéficient de facteurs de pondération spécifiques. Il estime que cela doit être une obligation fixée par le Grand Conseil pour le département. Il faudrait également tenir compte de la consultation, voire du préavis. Cela ne signifie pas que la décision ne peut pas s'opposer au préavis, mais elle doit alors être justifiée. C'est une question d'équilibre à trouver entre l'Association des médecins et les patients : on leur demande leur avis, on le suit, et si ce n'est pas le cas, il faut le motiver. Concernant le délai de 4 ans, beaucoup de choses peuvent survenir dans la vie personnelle des individus. Il ne sait pas si 2 ans c'est la bonne durée, mais faire un état des lieux tous les 4 ans lui semble trop espacé, car il peut y avoir de nombreux changements.

Le député LJS, à propos de l'amendement du PLR, trouve que le délai de 2 ans est trop court. Faire revenir toutes les associations, surtout avec l'amendement de la majorité de la commission qui prévoyait une consultation élargie – incluant les médecins, les cliniques et les associations de patients –, cela représente une charge importante. Répéter ce processus tous les 2 ans serait difficile. Même si de nombreux changements peuvent survenir en 4 ans, le temps nécessaire à la formation de médecins est supérieur à 2 ans. Un délai de 4 ans lui paraît donc justifié. Il estime que le terme « après consultation » est préférable à « préavis », car prendre en compte les préavis de toutes les associations serait compliqué.

Une députée socialiste demande sur quelle base le département a retenu le délai de 4 ans.

M. Giannakopoulos répond que la durée de 4 ans est la règle. Les facteurs de pondération ne sont pas définis par les cantons, mais par la Confédération. Le facteur de pondération est obligatoire, mais le canton peut décider qu'il est égal à un, c'est-à-dire qu'on prend le nombre de médecins présents sur le canton, divisé par le taux de couverture fédéral établi par l'autorité fédérale, et le canton l'applique. Dans ce cas, c'est un facteur de pondération qui signifie que, dans la majorité des disciplines, il faut momentanément freiner les admissions. Il précise que les facteurs de pondération sont des éléments sociétaux, qu'il faut pouvoir justifier par des évolutions concrètes – par exemple, un afflux migratoire important, un vieillissement marqué dans une discipline, etc. Il n'est pas envisageable d'établir un nouveau facteur de

pondération chaque année. Ces facteurs sont des modifications relativement lentes affectant l'ensemble de la société. Il explique que le délai de 4 ans a été choisi, car il correspond à la durée de formation, et parce que, pour mettre en œuvre tout ce que demande l'amendement du PLR, il faudrait réaliser une enquête et une analyse des chiffres du nombre et du taux de médecins, ce qui est irréaliste tous les 2 ans. Pour rester pragmatique, il faut réévaluer tout cela en tenant compte de la faisabilité d'une enquête qui demande une mobilisation importante. Les données de la Confédération arrivent au mieux tous les 2 ans, souvent avec un délai de 3 ans. Le département a donc aligné son calendrier en conséquence, ce qui donne du sens à ce choix. Selon lui, la distinction entre « préavis » et « consultation » est purement sémantique. Il réaffirme que le délai de 2 ans est inapplicable.

Le député PLR déclare que, pour ce qui est de la durée, il faut tenir compte du calcul du facteur de pondération, mais également du volume de prestations disponibles pour la population. Ce qui l'inquiète, c'est le suivi de ces volumes. Si une sous-spécialité dépasse le taux maximal autorisé, alors pendant 4 ans, tous les professionnels de cette filière seront bloqués. Et 4 ans, c'est long. Pour certaines disciplines, un effort particulier devrait être envisagé. Il demande si un mécanisme pourrait être imaginé et mis en place spécifiquement pour ces disciplines.

M. Giannakopoulos répond que, s'il faut un effort différencié selon les disciplines, le DSM doit être éclairé par quelqu'un. Cela reviendrait à confier à l'AMGe la tâche d'indiquer au département les cas où une nouvelle enquête est nécessaire. Si cette possibilité est ouverte, il faudra l'appliquer à tous les cas. Il est prêt à faire cet effort, il comprend l'argument, mais si le département souhaite le faire pour tous, un indicateur clair sera indispensable, sinon ce ne sera pas faisable.

La députée socialiste souligne que même avec une évaluation tous les 4 ans, les départs à la retraite restent pris en compte.

M. Giannakopoulos confirme.

La députée socialiste prend l'exemple d'une pondération fixée à 0,8 pour la cardiologie, et où cinq médecins partent à la retraite alors que cinq sont en trop : dans ce cas, des postes peuvent être libérés. Elle imagine que, même durant ces 4 années, les postes vacants sont comptabilisés.

Le député PLR pense que, lorsqu'un médecin part à la retraite et l'annonce au département, cela ne pose pas de problème. Mais il imagine que cela ne se fera pas toujours. Cela signifie que, pendant 4 ans, tous les médecins en attente aux HUG devront patienter, et si celui qui quitte ne l'a pas signalé, aucun nouveau médecin ne pourra s'inscrire. Il comprend que c'est trop complexe à

gérer tous les 2 ans pour tout le monde, mais il demande s'il est possible de mettre en place un mécanisme pour éviter cette situation. Pour lui, cette configuration est insatisfaisante. De plus, il faut travailler sur cette loi en 2 à 3 semaines, ce qui l'inquiète fortement.

Un député PLR estime que la dernière partie de l'alinéa – « sur la base d'indicateurs relatifs à l'évolution des besoins de la population » – est centrale dans la démarche. Il souhaite savoir comment ces besoins seront évalués, en tenant compte du fait qu'ils concernent les soins médicaux, qui ne peuvent être déduits des statistiques d'activité des services médicaux.

M. Giannakopoulos répond que ces indicateurs existent déjà dans les facteurs de pondération actuels. Lorsqu'il est question d'indicateurs basés sur les besoins de la population, aujourd'hui, le département examine les disciplines où la liste d'attente dépasse cinq personnes. Ils excluent les médecins de plus de 70 ans, qui conservent le droit de pratique, mais ne sont plus comptabilisés. Pour les disciplines comptant 20 personnes en attente, le département organise des auditions avec les chefs d'établissement hospitalier et les représentants de la discipline pour parvenir à un consensus sur le facteur de pondération. Il admet que ce n'est pas idéal, mais cela résulte d'un consensus établi avec les différents acteurs et basé sur les besoins de la population. Il espère que, si on applique régulièrement le principe d'exclure les plus de 70 ans qui ne sont plus comptabilisés, on sortira de cette logique. Les grandes disciplines, comme la médecine de premier recours, sont laissées libres et ne sont pas concernées. Ce sont principalement des disciplines comme la psychiatrie ou la radiologie, où l'offre est déjà très abondante en ville, qui sont touchées. Il faut donc trouver un consensus. Cela implique aussi un retour rapide de la part des associations de patients, mais cela restera basé sur un accord commun, car il n'existe pas d'autre solution.

La députée socialiste demande si, même si l'évaluation des plafonds est faite tous les 4 ans, une enquête auprès des médecins est néanmoins conduite de manière annuelle.

M. Giannakopoulos répond qu'il est impossible de faire cela chaque année, car c'est un travail considérable. Il faut examiner toutes les disciplines et s'assurer de la fiabilité des données. En arrivant à l'OCS, il a constaté des chiffres qui variaient du simple au double en une année, ce qui révélait un problème de déclaration. Le délai minimal serait de 3 ans, même si le département y consacrait l'ensemble de ses ressources.

Un député PLR estime que les chiffres sont assez précis.

M. Giannakopoulos confirme, car les calculs ont été effectués cette année.

Le député PLR demande pourquoi il n'est pas possible d'obtenir ces chiffres par spécialité.

M. Giannakopoulos répond que ces données peuvent être transmises à la commission. Celle-ci a déjà reçu les taux de couverture. Mais si elle souhaite obtenir les chiffres bruts, il peut les fournir, sur la base de l'enquête menée en 2024. Il précise qu'il y a environ 500 autorisations de facturer à la charge de l'AOS en psychiatrie, ce qui correspond à 350 équivalents plein temps. En comparaison avec les grandes villes européennes riches, Genève a un taux quatre fois plus élevé.

Un député LJS indique, en tant que membre d'un comité de l'AMGe, que l'obtention des chiffres de ressourcement prend beaucoup de temps. Ce n'est pas quelque chose qui peut être fait immédiatement. Vouloir le faire tous les 2 ans, en envoyant systématiquement des questionnaires aux membres, serait très compliqué.

Le député PLR retirera la mention « 2 ans », mais souhaite maintenir celle de « 4 ans ».

Le président met au vote l'amendement PLR à l'art. 33C, al. 2 :

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 doit prévoir des facteurs de pondération différents selon les domaines de spécialisation concernés. Ces facteurs sont fixés, notamment, en tenant compte du préavis des associations des médecins du canton de Genève, des hôpitaux et des cliniques et celles 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.

Oui : 5 (3 PLR, 2 UDC)

Non : 9 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG, 1 LC)

Abstentions : –

L'amendement est refusé.

Le président met aux voix l'amendement « ComSanté » à l'art. 33C, al. 2 :

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 associations des médecins du canton de Genève, des hôpitaux et des cliniques et celles 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.

Oui : unanimité

Non : —

Abstentions : —

L'amendement est accepté.

Le président passe à l'alinéa 4. Il demande si la députée socialiste souhaite ajouter un sous-amendement prévoyant que, dans la commission quadripartite, il y ait aussi des représentants des patients.

Une députée socialiste répond par la négative, car la commission quadripartite est prévue par un cadre général. Elle précise proposer de consulter la commission quadripartite ainsi que des représentants des patients.

Sous-amendement S : « (...) après consultation des associations des représentants des patients et de la commission quadripartite (...) »

Le député PLR indique que cela va dans la même direction, et que la question reste celle du poids accordé à l'AMGe, à l'AMIG, etc. Il reprendrait volontiers le sous-amendement socialiste pour l'ajouter à celui qu'il propose, car il y aurait un large consensus sur ce point. Il considère qu'il est important d'envoyer un message clair sur la manière dont le Grand Conseil souhaite que les choses soient faites, plutôt que de simplement laisser la liberté au département d'agir comme il le souhaite, sous certaines conditions. Il s'agit d'un équilibre entre les patients, les médecins, les établissements et la volonté du département. Selon lui, l'amendement « ComSanté » n'est pas satisfaisant à ce niveau.

Amendement PLR :

Le département ~~exceptionnellement, dans des cas particuliers~~ ajuste les 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 reconnue par les sociétés et disciplines cantonales ~~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, en tenant compte du préavis des associations des représentants des patients et de la Commission quadripartite constituée d'un représentant de l'Association des Médecins du canton de Genève (AMGe), de l'Association des Médecins d'Institutions de Genève (AMIG), des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et de l'association des cliniques privées nommés par le Conseil d'Etat.

~~*Le Conseil d'Etat règle les modalités.*~~»

Le député LJS avait plutôt compris que cet alinéa concernait des cas particuliers, par exemple celui d'un professeur en neurochirurgie engagé à l'Hôpital de la Tour, qui est le seul spécialiste de son domaine. Il y a certes trop de neurochirurgiens à Genève, mais comme il exerce dans un sous-domaine reconnu par sa discipline, il devrait avoir un droit de pratique pour pouvoir facturer. Il ne pensait pas que cet article relevait de la planification. C'est pourquoi le terme « exceptionnel » avait, selon lui, toute sa pertinence. Concernant l'ajout de l'association des patients, cela lui convient, afin qu'elle puisse donner son avis sur ces situations particulières.

Le président met aux voix l'amendement du PLR à l'art. 33C al. 4, en y ajoutant le sous-amendement socialiste :

⁴ Le département ajuste les 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 reconnue par les sociétés de disciplines cantonales pour accéder à un traitement spécifique en temps utile, en tenant compte du préavis des associations des représentants des patients et de la Commission quadripartite constituée d'un représentant pour chacune des entités suivantes : de l'Association des Médecins du canton de Genève (AMGe), de l'Association des Médecins d'Institutions de Genève (AMIG), des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et de l'association des cliniques privées, chacun étant nommé par le Conseil d'Etat.

~~*Le Conseil d'Etat règle les modalités.*~~

Oui : 5 (3 PLR, 2 UDC)

Non : 9 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG, 1 LC)

Abstentions : –

L'amendement du PLR est refusé.

Le président met au vote l'amendement « ComSanté » à l'art. 33C al. 4, en y ajoutant le sous-amendement socialiste :

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 reconnue par les sociétés de disciplines cantonales pour accéder à un traitement spécifique en temps utile, après consultation des associations des représentants des patients et de la Commission quadripartite constituée d'un représentant pour chacune des entités suivantes : de l'Association des

Médecins du canton de Genève (AMGe), de l'Association des Médecins d'Institutions de Genève (AMIG), des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et de l'association des cliniques privées, chacun étant nommé par le Conseil d'Etat.

~~*Le Conseil d'Etat règle les modalités.*~~

Oui : unanimité

Non : —

Abstentions : —

L'amendement est accepté.

Le président met au vote l'art. 33C tel qu'amendé :

Oui : unanimité

Non : —

Abstentions : —

L'art. 33C tel qu'amendé est accepté.

Art. 2 souligné pas d'opposition, adopté

3^e débat

Le président met au vote le PL 13587 tel qu'amendé :

Oui : 11 (3 S, 2 Ve, 1 LJS, 2 MCG, 2 UDC, 1 LC)

Non : 1 (1 PLR)

Abstentions : 2 (2 PLR)

Le PL 13587 est accepté.

Catégorie de débat préavisée : II, 30 min

Un député PLR souhaite proposer une urgence de commission.

Le président met au vote l'urgence :

Oui : unanimité

Non : —

Abstentions : —

L'urgence de commission est acceptée.

En résumé

Ce projet de loi est le moins mauvais compromis afin de pouvoir appliquer les dispositions fédérales sur la limitation des médecins qui ont le droit de facturer à l'assurance obligatoire des soins. Durant les auditions, pour l'AMGe l'inscription de la commission quadripartite avec désignation de ces membres dans la loi était essentielle et pour l'AMIG, il ne fallait pas avoir une résiliation d'une autorisation de facturer à la charge de l'assurance-maladie en cas de poursuite de la formation. En ce qui concerne les associations des patients, elles souhaitaient être entendues au même niveau que les autres partenaires. Ainsi, les amendements qui ont été proposés et acceptés permettent une concertation des différents partenaires afin de répondre de manière la plus adéquate aux besoins de la population. Nous nous sommes efforcés de protéger les médecins en formation, cependant il faudra repenser au fonctionnement de l'hôpital cantonal, car continuer à faire fonctionner un hôpital de cette taille en utilisant des médecins en formation sans leur donner de débouché professionnel à la fin de leur formation n'est pas acceptable.

Conclusion

La commission de la santé à la quasi-unanimité, sauf le groupe PLR, a accepté ce PL avec les amendements issus de la concertation des autres membres, qui est un mal nécessaire pour la régulation du droit à facturer à la charge de la LAMal, comme l'ordonne la législation fédérale.

Date de dépôt : 3 juin 2025

RAPPORT DE LA MINORITÉ

Rapport de Adrien Genecand

Ce rapport de minorité vise uniquement une disposition de la présente loi (l'article 33B, alinéa 3), le reste n'étant pas contesté même si par ailleurs la planification introduite irrite profondément le soussigné.

Cette défense de la minorité apparaissait comme évidente après avoir entendu les préoccupations de l'Association des médecins d'institutions de Genève (AMIG), qui joue un rôle clé dans la représentation des intérêts de nos jeunes cadres médecins. Le rapporteur de minorité se fait donc le modeste porte-parole de ceux dont notre canton a tant besoin et qui plaident pour la suppression de cette disposition.

Plaidoyer pour la suppression de l'art. 33B, al. 3 – Délai de 6 mois pour l'entrée en fonction des admissions AOS

L'art. 33B, al. 3 du projet de loi prévoit que *« 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 »*. Ce délai peut être prolongé sur demande motivée. La minorité demande la suppression de cette disposition, pour les raisons suivantes :

1. Un double goulet d'étranglement inutile

La réglementation fédérale limite déjà l'accès à l'AOS via des contingents cantonaux, ce qui constitue un premier filtre strict. Ajouter une clause de préemption automatique après 6 mois revient à instaurer un second goulet d'étranglement, sans valeur ajoutée pour le système. Cette double limitation rigidifie l'accès à la pratique ambulatoire sans amélioration prouvée de la qualité ou de la gestion des ressources médicales.

2. Une atteinte aux parcours professionnels légitimes

De nombreux médecins obtiennent une admission AOS tout en poursuivant temporairement leur activité hospitalière aux HUG. Leur intention est de préparer leur transition vers le secteur ambulatoire, parfois de manière

progressive. Le délai de 6 mois risque de pénaliser ces parcours hybrides, en forçant un départ précipité du milieu hospitalier ou une renonciation à l'autorisation durement acquise.

3. Une disposition arbitraire et incomplète

La disposition actuelle ne prévoit que quelques cas très spécifiques (maladie, accident, maternité, formation postgrade) permettant une dérogation. Elle occulte de nombreuses situations légitimes : projet de cabinet retardé, attente d'un espace de consultation, transition académique, responsabilités administratives ou projets de recherche en cours.

De plus, dans l'avant-projet de loi, le délai de péremption était de 12 mois, et aucune telle limitation n'existe dans le règlement actuellement en vigueur. La réduction arbitraire de ce délai à 6 mois, sans justification solide, renforce l'iniquité de cette mesure.

4. Une gestion déjà maîtrisée par les autorités cantonales

Il est important de rappeler que les médecins titulaires d'une AOS sont tenus d'annoncer à l'office cantonal de la santé (OCS) leur taux d'activité effectif à la charge de l'assurance de base. Cela permet d'ores et déjà à l'administration cantonale de savoir si un médecin utilise ou non son autorisation.

Dans les faits, il est parfaitement possible et admis aujourd'hui qu'un médecin encore actif à l'hôpital déclare un taux d'activité AOS à 0%. Ce mécanisme simple et transparent répond déjà à la nécessité de suivi sans nécessiter l'introduction d'une clause de caducité. Il constitue un outil de gestion souple, cohérent et respectueux des réalités professionnelles.

5. Un recul par rapport au droit actuel

Il est utile de rappeler qu'actuellement, aucune péremption automatique n'est prévue pour les admissions AOS dans la réglementation en vigueur. Le projet de loi introduit donc un durcissement inutile, qui désavantage en particulier les jeunes médecins formés localement, souhaitant rester à Genève et y construire leur avenir professionnel.

Conclusion

L'art. 33B, al. 3, introduit une contrainte rigide, superflue et mal alignée avec les pratiques existantes de régulation. Il complexifie inutilement les parcours médicaux, sans bénéfice clair pour l'économicité du système de santé. La suppression de cette disposition permettrait de maintenir une gestion souple, transparente et pragmatique des admissions AOS, en cohérence avec la réalité du terrain et les outils déjà disponibles. Pour toutes ces raisons, le

soussigné vous recommande de voter l'amendement qui propose la suppression de cet alinéa.

Amendement de la minorité

Art. 33B, al. 3 (biffé, les al. 4 à 6 anciens devenant les al. 3 à 5)