

*Date de dépôt : 17 janvier 2017*

## **Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la prise en considération de l'initiative populaire cantonale 165 « Pour une caisse d'assurance maladie et accidents genevoise publique à but social »**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. Arrêté du Conseil d'Etat constatant l'aboutissement de l'initiative, publié dans la Feuille d'avis officielle le .....                                | <b>29 septembre 2017</b> |
| 2. Arrêté du Conseil d'Etat au sujet de la validité de l'initiative, <b>au plus tard le</b> .....  | <b>29 janvier 2018</b>   |
| 3. Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la prise en considération de l'initiative, <b>au plus tard le</b> .....                                | <b>29 janvier 2018</b>   |
| 4. Décision du Grand Conseil sur la prise en considération de l'initiative et sur l'opposition éventuelle d'un contreprojet, <b>au plus tard le</b> .... | <b>29 septembre 2018</b> |
| 5. En cas d'opposition d'un contreprojet, adoption par le Grand Conseil du contreprojet, <b>au plus tard le</b> .....                                    | <b>29 septembre 2019</b> |

Mesdames et  
Messieurs les Députés,

Le Conseil d'Etat a constaté l'aboutissement de l'initiative populaire cantonale 165 « Pour une caisse d'assurance maladie et accidents genevoise publique à but social » (ci-après : IN 165) par un arrêté du 27 septembre 2017, publié dans la Feuille d'avis officielle du 29 septembre 2017. De cette date courent une série de délais successifs, qui définissent les étapes de la procédure en vue d'assurer le bon exercice des droits populaires.

Le premier des délais de procédure a trait au dépôt du présent rapport au Grand Conseil en vue de son traitement par la commission ad hoc, dépôt qui doit intervenir dans les 4 mois suivant la publication de la constatation de l'aboutissement de l'initiative, conformément à l'article 120A, alinéa 1, de la loi portant règlement du Grand Conseil de la République et canton de Genève, du 13 septembre 1985 (B 1 01).

En l'espèce, ce délai arrive à échéance le 29 janvier 2018.

Par arrêté du 17 janvier 2018, le Conseil d'Etat a estimé que l'IN 165 ne respectait pas, pour une partie du texte, l'une des conditions de validité d'une initiative populaire cantonale, à savoir la conformité au droit supérieur. Il l'a donc partiellement invalidée (les termes « aux personnes domiciliées dans le canton » ayant été supprimés).

Il vous présente, ci-dessous, son rapport relatif à la prise en considération du texte validé de l'initiative 165.

## **A. PRISE EN CONSIDÉRATION DE L'INITIATIVE**

Le Conseil d'Etat, dans le présent rapport, abordera plus particulièrement les points suivants :

1. la description des dispositions de l'initiative 165;
2. les éléments contextuels et les implications de l'initiative;
3. l'opportunité d'agir au niveau fédéral.

C'est sur cette base qu'il communiquera ensuite au Grand Conseil sa position quant à la suite à donner à cette initiative.

## 1. Description des dispositions prévues par l'initiative 165

L'IN 165 « Pour une caisse d'assurance maladie et accidents genevoise publique à but social » demande la modification de la constitution de la République et canton de Genève (art. 172, alinéa 4 nouveau) dont le texte, validé par arrêté du Conseil d'Etat du 17 janvier 2018, est le suivant :

*« Le canton est doté d'une caisse d'assurance maladie et accidents au sens du droit fédéral, ayant pour mission de garantir une couverture de soins complète.*

*Cette caisse est constituée sous forme d'établissement public autonome, sous la dénomination « caisse cantonale d'assurance maladie et accidents à but social », et offre les prestations d'assurance maladie et accidents de base, telles que définies par le droit fédéral. »*

A l'appui de l'IN 165, les initiants considèrent que lors de l'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (ci-après : LAMal) :

*« ...la gauche a insisté pour instaurer un système de caisse fédérale du type AVS, AI, CNA. La droite a imposé le système d'une couverture obligatoire mais auprès de compagnies privées. Résultat : les compagnies se font concurrence, ce qui en soi est déjà une cause de gaspillage (publicité, etc.), les assurés sont harcelés par des informations contradictoires, et le système des assurances est régi par les « lois de l'économie » libérale, avec toutes ses conséquences pernicieuses. Seule une caisse cantonale à but social peut notamment lutter contre l'augmentation déraisonnable des primes : étant publique, elle doit être exclusivement au service des assurés et de la collectivité publique ».*

Les initiants proposent ainsi la création d'une caisse-maladie de droit public cantonal pratiquant l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (cf. art. 2, al. 1, de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale, du 26 septembre 2014; ci-après : LSAMal). Par courrier du 25 octobre 2017, ils ont en effet confirmé que les termes « assurance maladie et accidents à but social » visent l'assurance-maladie sociale au sens de l'art. 1a, LAMal. L'assurance-maladie sociale comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnité journalière.

Elle alloue des prestations en cas de maladie, en cas d'accident dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge, ainsi qu'en cas de maternité (art. 1a, al. 1 et 2, LAMal).

En substance, la volonté des initiateurs est de créer une nouvelle caisse-maladie, de droit public, qui s'ajouterait aux 36 assureurs-maladie déjà admis à pratiquer la LAMal dans notre canton. Ils souhaitent ainsi notamment lutter contre l'augmentation déraisonnable des primes.

## **2. Les éléments contextuels et les implications de l'initiative**

### ***2.1. Une caisse cantonale de droit public dans le cadre de la LAMal***

En premier lieu, il faut relever que cette nouvelle caisse-maladie de droit public serait soumise aux mêmes contraintes légales et économiques que les autres 36 assureurs-maladie reconnus dans le rayon territorial formé par le canton de Genève. En l'état actuel du droit fédéral, elle ne pourrait donc pratiquer l'assurance-maladie sociale qu'en concurrence avec ces autres assureurs-maladie.

En effet, les conditions à remplir pour être autorisé à pratiquer l'assurance-maladie sociale sont les mêmes pour tous les assureurs, quels que soient leur forme juridique ou leur statut privé ou public. Les conditions d'autorisation figurent à l'art. 5 LSAMal. Ainsi, la nouvelle caisse-maladie devrait revêtir l'une des formes juridiques imposées par l'art. 5, let. a, LSAMal. La demande d'autorisation doit être déposée auprès de l'autorité de surveillance (Office fédéral de la santé publique, ci-après : OFSP) et elle doit être accompagnée d'un plan d'exploitation contenant les informations et documents mentionnés à l'art. 7 LSAMal. La nouvelle caisse-maladie serait, comme les autres caisses, soumises à l'obligation de disposer de réserves suffisantes lors du dépôt de la demande d'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale, soit au moins 8 millions de francs (art. 9 de l'Ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale, du 18 novembre 2015; ci-après : OSAMal).

Elle devrait respecter les mêmes règles de financement que les autres assureurs-maladie. Selon l'art. 12 LSAMal, les assureurs financent l'assurance-maladie sociale en appliquant le système de la couverture des besoins. Cela signifie que les recettes de primes d'une année civile doivent permettre de financer l'ensemble des besoins de cette année. Les besoins englobent toutes les dépenses liées à la pratique de l'assurance-maladie

sociale, à savoir en particulier les prestations médicales, les frais d'administration, les redevances à la compensation des risques et les ressources nécessaires à la constitution des réserves et des provisions techniques.

Les produits et les charges d'une année doivent donc s'équilibrer pour un effectif d'assurés. Dans l'assurance-maladie sociale, les primes doivent être fixées de sorte à couvrir les prestations pour la même période. Les comptes annuels permettent d'établir si le principe de la couverture des besoins est respecté. Toutefois, des provisions et des réserves doivent aussi être constituées à partir des recettes<sup>1</sup>.

En effet, dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, les assureurs doivent constituer des réserves suffisantes pour garantir leur solvabilité. Ces réserves doivent être constituées en fonction des risques d'assurance, des risques de marché et des risques de crédit auxquels l'assureur est exposé pour l'ensemble de ses activités (art. 14 LSAMal). Les réserves doivent garantir la solvabilité de la caisse-maladie à long terme. Elles doivent donc couvrir les risques que court une caisse-maladie en pratiquant l'assurance et protéger les intérêts des assurés et des fournisseurs de prestations<sup>2</sup>.

Comme déjà relevé ci-dessus, la caisse-maladie de droit public se trouverait en concurrence avec les autres 36 assureurs qui pratiquent la LAMal à Genève. Dans ce contexte, il n'est guère pensable qu'elle puisse pratiquer des primes nettement inférieures à celles des autres assureurs, ses tarifs de primes étant soumis à l'approbation de l'autorité de surveillance à l'instar de ce qui est pratiqué pour les autres assureurs-maladie (art. 16 LSAMal). En sus, elle aurait des difficultés à avoir des « bons risques » précisément parce qu'étant exposée à la concurrence des autres caisses. Or, en attirant les « mauvais risques », elle aurait des montants importants à payer au titre des prestations, se trouverait vite confrontée à devoir augmenter ses réserves et, par voie de conséquence, ses primes. Par ailleurs, pour être crédible en tant que « caisse cantonale d'assurance maladie et accidents à but social », elle ne pourrait pas, comme le font certains autres assureurs, adopter des pratiques telles que celles du tiers garant pour l'achat de médicaments, système selon lequel les médicaments doivent être payés par les assurés puis sont remboursés par l'assureur.

Bien qu'une telle caisse publique présente certainement la garantie d'une meilleure transparence, il est très peu envisageable, dans le système du droit fédéral en vigueur, qu'elle puisse se soustraire à la spirale de l'augmentation constante des primes pour pratiquer des primes inférieures aux autres assureurs et atteindre ainsi le but des initiants. En tout état de cause, une seule caisse,

---

<sup>1</sup> FF 2012 page 1745 ad art. 11.

<sup>2</sup> FF 2012 page 1746 ad art. 13.

aussi bien gérée et transparente soit-elle, n'est pas en mesure de lutter toute seule contre l'augmentation des primes dans le contexte actuel qui admet la coexistence d'une multitude de caisses se faisant concurrence et qui fixent leurs primes sur la base de leurs comptes et intérêts propres. Par ailleurs, il ne faut pas non plus perdre de vue que les primes ont pour but de couvrir les dépenses de santé et qu'elles reflètent dès lors avant tout les coûts de la santé, lesquels, depuis un certain nombre d'années, ne cessent d'augmenter.

A ce sujet, le Conseil d'Etat relève qu'aucun chiffrage n'est indiqué par les initiants concernant les diminutions des primes escomptées, respectivement leur non-augmentation. Dans ce cadre, il sied de rappeler que la demande d'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie doit notamment indiquer les tarifs des primes de l'assurance obligatoire des soins, lesquels sont soumis à l'acceptation par l'OFSP (art. 7 al. 2 let. m LSAMal). La caisse de droit public n'aura aucune liberté dans la fixation de la prime initiale, ni dans la fixation de celles des années suivantes (art. 16 LSAMal).

Les initiants ne se déterminent pas non plus sur les coûts de mise en place d'une telle nouvelle caisse-maladie. Selon le droit fédéral en vigueur, une nouvelle caisse-maladie doit disposer d'une réserve initiale d'au moins 8 millions de francs (art. 9 OSAMal). En sus, il faudra un financement pour les autres frais initiaux nécessaires à la mise en place d'une nouvelle caisse-maladie (infrastructure, locaux, installations, programmes informatiques, etc.). Il est dès lors à craindre que la création d'une caisse-maladie cantonale ne fasse qu'engendrer des frais pour les finances publiques, sans aucune efficacité pour les assurés.

## ***2.2 Les projets antérieurs***

Le Conseil d'Etat rappelle que la création d'une caisse cantonale d'assurance-maladie a déjà été à l'ordre du jour du Grand Conseil.

Ce fut le cas la première fois dans le cadre du PL 8300 instituant une Caisse cantonale genevoise d'assurance-maladie. Ce projet de loi, déposé le 5 septembre 2000 par un groupe de députés, avait pour objectif la création d'une caisse cantonale d'assurance-maladie s'inscrivant dans la LAMal sous forme de fondation de droit public. Ce projet présentait quelques difficultés en lien avec le droit fédéral et il a été refusé par le Grand Conseil lors de sa séance du 2 mai 2002.

La question d'une caisse d'assurance-maladie publique a été ensuite traitée par le Grand Conseil dans le cadre de l'initiative 119 « Pour une caisse d'assurance-maladie publique à but social et la défense du service public ». Cette initiative posait aussi un certain nombre de problèmes de conformité en lien avec la LAMal. Finalement, lors de la séance du 13 décembre 2002, elle a été déclarée irrecevable par le Grand Conseil faute d'unité de la matière puisque portant sur deux volets distincts n'ayant pas de rapport intrinsèque entre eux (création d'une caisse-maladie publique d'une part et la sauvegarde du service public d'autre part). Cette décision a d'ailleurs été confirmée par le Tribunal fédéral dans un arrêt 1P.40/2003 du 25 septembre 2003.

Dans le cadre de ces travaux, le Conseil d'Etat était d'avis, comme il l'est aujourd'hui, qu'un tel projet ne ferait qu'augmenter le nombre des caisses sans apporter une valeur ajoutée pour les assurés tout en engendrant des frais pour les finances publiques<sup>3</sup>.

### ***2.3 L'expérience d'autres cantons***

A travers l'exemple d'autres caisses publiques l'on peut constater que celles-ci n'ont pas perduré dans le cadre de la LAMal.

Tel est notamment le cas de l'ÖKK Bâle (« Öffentliche Krankenkasse Basel »), exemple dont les initiants se sont inspirés. L'ÖKK Bâle avait été fondée, bien avant l'entrée en vigueur de la LAMal, en 1914 par le canton de Bâle-Ville en tant que première caisse-maladie suisse de droit public cantonal. Cette assurance avait pour mandat de couvrir les soins de base de la population. Elle était obligatoire pour les personnes à petits revenus et ouverte à tous les autres habitants de Bâle. Conformément à son mandat de caisse publique à but social, elle a accueilli dès sa fondation les personnes exclues ou refusées par d'autres assureurs. Dès 1944, elle a été transformée en établissement de droit public, ayant la personnalité juridique. Au cours de toute son existence, elle s'est trouvée plusieurs fois dans une situation déficitaire, nécessitant l'intervention du canton, et elle a fait l'objet de plusieurs réformes. En raison notamment de sa structure de risques défavorable, elle a bénéficié de contributions cantonales destinées à compenser ces surcoûts pour ses assurés de Bâle-Ville. Au mois de

---

<sup>3</sup> Rapport du Conseil d'Etat du 29 mai 2002 au Grand Conseil sur la validité et la prise en considération de l'initiative populaire 119 « pour une caisse d'assurance maladie publique à but social et la défense du service public » (IN 119-A page 14).

septembre 2007, en lien avec un plan de mesures d'économie, le Conseil d'Etat de Bâle-Ville a présenté un projet de loi abrogeant l'ÖKK pour la transformer en société anonyme sans but lucratif, organisée selon le droit privé et apparaissant sous le nom de Vivao Sympany. Le Conseil d'Etat de Bâle-Ville a notamment considéré que dans le contexte de la LAMal, laquelle garantit l'accès aux soins de base à toute la population et prescrit de manière détaillée et contraignante les prestations que l'assureur doit prendre en charge ou pas, il n'y avait plus aucune marge de manœuvre permettant au canton d'utiliser une caisse de droit public en tant qu'instrument pertinent de la politique cantonale de la santé. Partant, le Conseil d'Etat de Bâle-Ville a estimé qu'il n'y avait plus de justification à maintenir le statut de droit public de cette caisse<sup>4</sup>. Les modifications légales liées à cette réforme sont entrées en vigueur le 31 décembre 2008<sup>5</sup>.

La seule caisse-maladie qui porte encore le nom ÖKK, soit « ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG » (l'ancienne « ÖKK Graubünden ») est aujourd'hui également organisée sous la forme d'une société anonyme de droit privé sans but lucratif.

Force est de constater que dans le contexte actuel de la LAMal il ne fait aucun sens de créer une nouvelle caisse-maladie de droit public cantonal. En effet, le remède contre l'augmentation constante des primes ne se situe définitivement pas au niveau cantonal, dans la mesure où la LAMal pose un cadre légal contraignant auquel le canton ne peut déroger et qui lui laisse très peu de marge de manœuvre. C'est au niveau fédéral qu'il faut donc continuer à agir si l'on souhaite que les choses changent.

---

<sup>4</sup> Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt, Regierungsratsbeschluss vom 25 September 2007; Ratschlag betreffend Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt (GKV) vom 15. November 1989, notamment pages 4 à 10 et 28, 29.

<sup>5</sup> Abrogation des art. 28 à 50 de la loi sur l'assurance-maladie du canton de Bâle-Ville (Gesetz über die Krankenversicherung im Kanton Basel-Stadt) (GKV) (RSBS 834.400).

### **3. L'opportunité d'agir au niveau fédéral**

#### ***3.1 Les améliorations apportées au système de la LAMal***

En premier lieu, il sied de mentionner qu'un certain nombre d'améliorations ont été apportées au système de la LAMal durant ces dernières années. Ainsi, dans le but de freiner ou de limiter la chasse aux bons risques des assureurs-maladie, l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie, du 12 avril 1995, a fait l'objet de plusieurs modifications. La nouvelle loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale (LSAMal), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016, est destinée à renforcer la surveillance des assureurs qui pratiquent l'assurance-maladie sociale. Cette loi instaure aussi la compensation des primes, laquelle a pour conséquence qu'un assureur qui a encaissé des primes en trop pendant une année dans un canton devrait dorénavant les rembourser aux assurés (cf. art. 17 et 18 LSAMal).

Ces améliorations sont intervenues sur la base de la pression constante des assurés et des cantons. Dans ce cadre, on peut notamment citer l'initiative cantonale genevoise déposée en juin 2009 devant les Chambres fédérales demandant que les réserves soient constituées de manière distincte pour chaque canton dans lequel les assureurs pratiquent l'assurance obligatoire des soins<sup>6</sup>.

#### ***3.2 Les améliorations à apporter au système de la LAMal***

Toutefois, ces améliorations n'ont pas permis de contenir l'augmentation des primes et le système reste insatisfaisant notamment du fait d'un manque de transparence persistant en matière de fixation de ces dernières. Même si les cantons peuvent, sur la base de l'art. 16, al. 6, LSAMal, donner leur avis aux assureurs et à l'OFSP sur l'évaluation des coûts pour leur territoire et obtenir les informations nécessaires à cet effet, la procédure de fixation des primes reste insatisfaisante, et cela pour plusieurs raisons. D'une part, la loi précise que les cantons peuvent donner leur avis et obtenir les informations nécessaires pour autant que ces échanges ne prolongent pas la procédure d'approbation. En pratique, il s'avère qu'il est extrêmement difficile pour les cantons de disposer de ces informations dans un délai utile. D'autre part, les informations obtenues sont souvent insuffisantes, en ce sens qu'elles ne permettent pas de faire toute la lumière sur l'augmentation du niveau de primes prévue par un assureur et son lien avec l'augmentation des coûts de la santé calculée par le canton<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Résolution 572 du Grand Conseil genevois à l'Assemblée fédérale exerçant le droit d'initiative cantonal à propos de la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, votée le 25 juin 2009.

<sup>7</sup> Le Conseil d'Etat a illustré ces difficultés dans sa réponse du 6 septembre 2017 à la motion M 2346-B.

Enfin, l'avis du canton n'a aucune force contraignante. Ce système a ainsi pour conséquence que l'écart entre les primes encaissées par les assureurs-maladie pour les assurés de notre canton et les coûts de la santé générés par ceux-ci ne cesse d'augmenter, et ce de manière incompréhensible.

Le système en vigueur admet la coexistence d'une multitude d'assureurs qui sont en concurrence tout en devant fournir tous exactement les mêmes prestations prescrites par la LAMal. La population du canton de Genève a accepté, lors des votations du 28 septembre 2014, l'initiative fédérale « Pour une caisse publique d'assurance-maladie » qui voulait créer une institution nationale unique de droit public. Une majorité du peuple genevois a ainsi manifesté sa volonté de voir changer le système mis en place par la LAMal. Sur la base de ce vote, le Grand Conseil a adopté, le 8 mai 2015, une proposition de résolution émanant du Conseil d'Etat qui demandait à l'Assemblée fédérale de modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie afin d'autoriser les cantons à instaurer une caisse-maladie unique sur leur territoire, séparément ou en commun avec d'autres cantons<sup>8</sup>. Le Parlement fédéral n'a toutefois pas donné suite à cette initiative cantonale genevoise déposée le 29 mai 2015<sup>9</sup>.

Récemment, le Conseil d'Etat a eu l'occasion de relever qu'une entité unique cantonale sous la forme d'une caisse de compensation cantonale aurait plusieurs avantages, dont notamment une plus grande transparence sur la constitution des réserves<sup>10</sup>.

Dans ce cadre, il convient de mentionner l'initiative populaire fédérale « Assurance-maladie. Pour une liberté d'organisation des cantons »<sup>11</sup>. Cette initiative a pour but de permettre aux cantons qui le souhaitent de créer une institution cantonale d'assurance-maladie qui se charge, pour tout le canton, de fixer les primes et de les percevoir. Le canton pourrait ainsi créer une institution pour financer les coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins et, partant, pour les contrôler. Les assureurs de leur côté continueraient à effectuer le travail administratif comme c'est le cas actuellement et seraient indemnisés pour cela. Les réserves de tous les assureurs seraient mutualisées et gérées au niveau cantonal. Un tel système garantirait que les augmentations de primes se limitent, chaque année, pour tous les assurés du canton, à

---

<sup>8</sup> Résolution 781 pour modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (Initiative du canton à l'Assemblée fédérale).

<sup>9</sup> 15.308 Initiative cantonale : Modifier la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie.

<sup>10</sup> Réponse du 6 septembre 2017 à la Motion M 2346-B, page 3.

<sup>11</sup> FF 2017 page 5811.

l'évolution des coûts de la santé. Tous les assurés étant dans un pool de patients, même affiliés à différents assureurs, il n'y aurait plus besoin d'une compensation des risques. L'institution cantonale, fonctionnant comme caisse de compensation des coûts, paierait à chaque assureur le montant des frais générés par ses assurés.

Le Conseil d'Etat estime qu'une telle institution cantonale unique serait mieux à même de tendre vers le but poursuivi par les initiants que l'initiative 165 qu'ils ont déposée.

Enfin, dans ce contexte, il est encore intéressant de mentionner une deuxième initiative populaire fédérale : « Pour un Parlement indépendant des caisses-maladie »<sup>12</sup>. Cette initiative souhaite en substance interdire aux parlementaires de siéger dans l'organe d'administration, de direction ou de surveillance d'un assureur autorisé à pratiquer l'assurance-maladie sociale, et de recevoir une rémunération sous quelque forme que ce soit de leur part.

Quand bien même le Conseil d'Etat peut comprendre la critique des initiants de confier à des caisses « privées » des tâches à but social et public, il ne peut se rallier à l'IN 165. En effet, et comme déjà relevé, le remède pour lutter contre l'augmentation déraisonnable des primes d'assurance-maladie ne se situe pas au niveau cantonal. Il faut donc intervenir au niveau fédéral.

## B. CONCLUSION

La solution préconisée par l'initiative 165, à savoir la mise en place d'une « caisse cantonale d'assurance maladie et accidents à but social » pour lutter contre l'augmentation déraisonnable des primes n'est pas adéquate, en ce sens qu'elle ne permettra pas d'atteindre le but fixé. Elle n'est pas non plus opportune ni efficiente, dans la mesure où il n'en résultera pas de valeur ajoutée pour les assurés tandis que les frais relatifs à sa mise en place seraient une nouvelle charge pour les finances cantonales.

---

<sup>12</sup> FF 2017 page 5803.

Par conséquent, il ne peut être souscrit à l'introduction, dans la constitution de la République et canton de Genève, d'une disposition obligeant le canton de Genève de se doter d'une caisse d'assurance-maladie et accidents de droit public qui s'ajouterait aux 36 assureurs-maladie déjà admis à pratiquer la LAMal dans notre canton.

Au bénéfice de ces explications, le Conseil d'Etat vous invite, Mesdames et Messieurs les Députés, à rejeter l'IN 165.

#### AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

La chancelière :  
Anja WYDEN GUELPA

Le président :  
François LONGCHAMP