

*Proposition présentée par les députés:*

*M<sup>mes</sup> et MM. Pierre Froidevaux, John Dupraz, Thomas Büchi, Janine Berberat, Jacques Follonier, Jacques Jeannerat, Philippe Glatz, Claude Aubert, Anne Mahrer, Jeannine de Haller, Jocelyne Haller, Pierre Schifferli, Pierre Weiss, Janine Hagmann, Blaise Bourrit, Gabriel Barrillier, Robert Iselin et Gilbert Catelain*

*Date de dépôt: 24 janvier 2002*

*Messagerie*

## **Proposition de motion**

**exigeant la transparence des caisses maladie pratiquant l'assurance-maladie obligatoire, telle que prévue par la LAMal, notamment par les articles 21 et 21a**

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève considérant :

- les hausses des primes 2002 annoncées par l'OFAS sans même les justifier ;
- la préparation par le Conseil fédéral de l'opinion publique à la poursuite des hausses successives en opposition à l'article 55 LAMal tel qu'adopté par le souverain en 1995 ;
- les articles 21, 21a et 23 de la LAMal qui donnent la compétence aux autorités fédérales et cantonales d'imposer des statistiques publiques aux assureurs ;
- la résolution 350 votée à l'unanimité par notre Conseil le 29 octobre 1999 ;
- la part de responsabilité cantonale dans l'augmentation des primes ;

invite le Conseil d'Etat

- à faire rapport au Grand Conseil avant la fin de l'année 2002 sur l'origine des augmentations des primes de l'assurance-maladie obligatoire telles qu'imposées par l'OFAS et, en particulier, sur la nature des prestataires de soins, qui seraient à l'origine de cette sérieuse hausse des cotisations ;
- à informer notre Conseil des suites données par les Autorités fédérales à la résolution 350 et
- sans explication de la part des autorités de tutelle, à exiger l'application de la lettre b de l'alinéa 5 de l'article 21 LAMal.

## **EXPOSÉ DES MOTIFS**

Mesdames et  
Messieurs les députés,

Les primes de l'assurance-maladie obligatoire augmentent en moyenne de 8,6 % à Genève en 2002, contre 9,7 % pour l'ensemble de la Confédération. Telle est la déclaration de l'OFAS du 5 octobre dernier. Cette annonce est accompagnée de commentaires annexés à cette motion<sup>1</sup>, qui n'expliquent pas les disparités cantonales.

Lors des débats de l'année dernière sur les coûts de la santé, le DASS avait fourni un document<sup>2</sup> montrant une baisse des coûts de 0,4 % pour l'ensemble des soins à charge de l'assurance-maladie de base sur le canton de Genève. Rien ne laissait donc présager une telle augmentation.

Les chiffres 2000 n'ont toujours pas été publiés, alors que les primes oui ! ([http://www.bsv.admin.ch/kv/beratung/d/dfi\\_praemien\\_2002.pdf](http://www.bsv.admin.ch/kv/beratung/d/dfi_praemien_2002.pdf)). Quelles ont été les bases de calculs ? Aucune statistique n'a été rendue publique ! Que veut-on cacher ?

La LAMal est pourtant très précise et ne laisse place à aucune interprétation. L'article 23<sup>3</sup>, intitulé « Statistiques », prévoit l'établissement, l'analyse et la publication des statistiques nécessaires à l'application de la loi. Quant à l'article 55, il promettait au peuple que les augmentations n'allaient pas excéder le double de l'évolution générale des prix et des salaires. La loi ne serait donc pas respectée.

Les Autorités fédérales semblent ainsi de plus en plus dépassées dans ce dossier.

Les motionnaires demandent que les autorités cantonales se substituent aux autorités fédérales, comme le prévoit une disposition nouvelle obtenue par Genève par voie d'initiative cantonale, en faisant rapport à notre Conseil de tous les éléments statistiques qui ont prévalu à l'élaboration des primes cantonales, cela aussi dans le respect de la résolution 350<sup>4</sup> votée à l'unanimité par notre Grand Conseil.

---

<sup>1</sup> Annexe 1.

<sup>2</sup> Annexe 2.

<sup>3</sup> Annexe 3.

<sup>4</sup> Annexe 4.

Si le Conseil d'Etat trouvait quelque embûche dans cette tâche de la part des assurances, les motionnaires recommandent l'application de la lettre b de l'alinéa 5 de l'article 21 qui prévoit expressément qu'en cas de manquement aux dispositions légales, l'assureur perd son autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale.

Cette motion devrait être adressée directement au Conseil d'Etat afin que celui-ci fasse rapport dans les plus brefs délais à notre Conseil et puisse encore intervenir sur les primes 2002.

## Communiqué de presse du 5 octobre 2001

### **Assurance obligatoire des soins : primes 2002 approuvées - hausse moyenne de 9,7 %**

L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a examiné et approuvé - parfois après modification - les primes 2002 de l'assurance de base. Nettement plus forte que l'année précédente, l'augmentation moyenne des primes, de 9,7 % au niveau suisse, est due à trois facteurs : accroissement constant des coûts en particulier dans les domaines des médicaments et des soins ambulatoires en hôpital, baisse du produit des placements et sous-estimation de l'augmentation des coûts en 2000 et 2001. Des mesures seront examinées. Les unes porteront sur la maîtrise des coûts, les autres, à court terme, sur les primes afin d'abaisser la charge qui pèse sur les ménages avec enfants. La constitution d'un pool de réserves pour les petits et moyens assureurs sera également étudiée.

L'augmentation moyenne des primes pour 2002 est de 9,7 %, taux nettement supérieur à celui de l'année précédente (+ 5,5 %). Au niveau cantonal, les primes augmentent en moyenne de 5,6 % (Soleure) à 15,8 % (Schaffhouse). La hausse des primes en Suisse latine (à l'exception du canton de Neuchâtel) est inférieure à la moyenne helvétique. Cette évolution exprimée en pour-cent ne suffit cependant pas à indiquer si une caisse est chère ou bon marché. Les assurés auront intérêt à comparer les primes sur la base de leur montant effectif en francs, en tenant compte de leurs préférences personnelles (par exemple en ce qui concerne les options permettant d'en réduire le montant).

### **Facteurs influençant le niveau des primes**

Les primes reflètent l'évolution des coûts. Alors que les coûts nets ont augmenté de 6,1 % en l'an 2000, l'augmentation prévue pour 2001 est d'environ 5 %, les prévisions pour 2002 envisagent une nouvelle hausse de 4 à 5 %, que les assureurs devront financer au moyen des primes. Tout laisse à penser qu'aucun changement d'importance ne surviendra en ce qui concerne les facteurs influençant les coûts :

- Aucun effet spécial ne doit être attendu des prestations médicales, des prestations hospitalières ambulatoires ni des soins. Il ne devrait pas y avoir d'augmentations tarifaires, et l'introduction du nouveau tarif médical TarMed ne doit pas se traduire par une hausse des coûts.
- Des adaptations tarifaires sont possibles dans le domaine hospitalier et dans celui des soins en établissement (augmentations de salaire dans la branche des soins, adaptation des horaires de travail).
- A l'intérieur des hôpitaux, il faut s'attendre à un nouveau ralentissement du transfert des prestations vers le secteur ambulatoire. Par ailleurs, les nouvelles dispositions incitatives dans le secteur des médicaments devraient déployer leur effet l'an prochain.

### **Les facteurs suivants jouent cependant un rôle important dans la fixation des primes 2002 :**

Pour l'exercice 2000, le volume des coûts a dépassé de 250 millions de francs celui des primes qui auraient dû les couvrir. Les assureurs, tout comme l'OFAS, ont d'une part surestimé le volume des primes et d'autre part sous-estimé l'augmentation massive des coûts des médicaments et des prestations hospitalières ambulatoires. Vu que les données effectives n'étaient pas disponibles, il n'a pas été possible de tenir compte à temps de cette sous-estimation lors de la fixation des primes 2001. Le rattrapage du découvert, réparti sur les deux exercices, correspond à une augmentation des primes de 4 %.

- Le produit des capitaux placés par les assureurs se réduira probablement de 200 millions de francs l'an prochain, soit une perte équivalant à 2 % des primes.

### **Nouvelles mesures envisagées**

Les mesures de maîtrise des coûts prises jusqu'ici – telles que le nouveau système de rémunération des prestations des pharmaciens, la planification hospitalière des cantons ou le développement par les assureurs des formes particulières d'assurance – n'ont pas fini de déployer leurs effets. Pour sa part, la Confédération n'a pas approuvé pour 2002 le remboursement de nouvelles prestations particulièrement coûteuses ; et c'est en pour-mille que se sont chiffrés, ces dernières années, les effets de l'approbation de nouvelles prestations.

- D'autres mesures de maîtrise des coûts ayant un effet à long terme doivent être présentées à la fin de cette année en relation avec l'achèvement de l'analyse des effets de la LAMal, menée sur cinq ans. Toujours pour la fin de l'année, une série de mesures à court terme agissant sur le financement doivent être soumises au Conseil fédéral.
- Réduction des primes : affectation des subsides fédéraux non utilisés par les cantons, par exemple en faveur des ménages avec enfants. Ces fonds, atteignant quelque 400 millions de francs (2001), permettraient de décharger d'environ 500 francs par an le budget d'une famille de deux enfants.
- Réserves : un pool de réserves pour petites et moyennes caisses (comptant moins de 250 000 assurés) permettrait à ces caisses de fonctionner elles aussi avec une réserve minimale de 15 % au lieu des 20 à presque 200 % prescrits par la loi. Cela libérerait quelque 400 millions de francs, grâce auxquels les primes d'environ 1,8 million d'assurés pourraient être réduites durant deux ans, à partir du milieu de l'année prochaine, sans pour autant précipiter les assureurs dans des difficultés financières.

### **Eléments sur lesquels se fonde l'approbation des primes**

Les assureurs ont demandé une hausse des primes 2002 de 11,9 % en moyenne. Lorsqu'il a examiné les primes de l'assurance-maladie obligatoire présentées par les assureurs, l'OFAS s'est fondé tout particulièrement sur les éléments suivants : comptes 2000, budget 2001 (extrapolé à partir des résultats du premier semestre), budget 2002 (établi sur la base des prévisions des coûts), influence des fluctuations d'effectifs prévues par les assureurs sur le mécanisme de compensation des risques, état des réserves et provisions pour les cas d'assurance en suspens. L'OFAS disposait encore d'autres éléments pour étayer son analyse : les données définitives de la compensation des risques 2000, ainsi que des calculs provisoires pour 2001. Les données des assureurs ont été comparées entre elles et soumises à des tests de plausibilité. A cela s'ajoute la prise en compte des attentes des cantons face à l'évolution des coûts. Treize cantons ont, dans cette perspective, consulté l'entier des dossiers : certaines de leurs remarques ont été précieuses. D'ailleurs les cantons peuvent tous s'adresser directement aux assureurs et leur demander le double de la documentation livrée à l'OFAS, puis faire parvenir leurs observations à l'Office. Cette procédure achevée, l'OFAS a adopté les primes, le plus souvent après avoir invité la caisse à corriger sa proposition initiale.

L'OFAS a souvent essuyé le reproche de fixer des « primes politiques » : l'Office aurait approuvé des primes qui ne couvrent pas les coûts effectifs, contraignant ainsi les assureurs à puiser dans les réserves. Mais il faut bien reconnaître que si l'on prend l'ensemble des caisses, la situation des réserves doit être qualifiée de bonne. A la fin 2000, l'état moyen des réserves des assureurs était supérieur à 21 %. A l'heure actuelle, nombre d'entre eux affichent un taux de réserves nettement plus élevé que le taux minimal.

Office fédéral des assurances sociales

Service d'information

Renseignements:

031 / 322 90 04

Fritz Britt, sous-directeur

Division principale Assurance-maladie et accidents

## Dernier document fourni par le DASS concernant l'évolution des coûts de la santé à Genève

Prestations en francs par assuré et par fournisseurs de prestations à charge de l'assurance-maladie obligatoire

	1996		1997		1998		1999	
	GE	CH	GE	CH	GE	CH	GE	CH
Médecins	950	482	955	493	1052	522	953	522
Hôpitaux stationnaires	497	497	459	488	622	502	563	500
Hôpitaux ambulatoires	117	150	119	159	134	186	258	211
Médicaments	480	325	485	347	552	379	569	402
EMS	175	92	220	124	209	153	214	163
Soins à domicile	15	19	19	27	24	32	31	33
Physiothérapeutes	116	55	113	55	118	58	102	61
Laboratoires	115	49	102	46	126	54	132	57
Chiropraticiens	14	8	13	8	13	8	13	8
Autres	75	51	118	80	90	53	92	58
<b>TOTAL</b>	<b>2534</b>	<b>1728</b>	<b>2603</b>	<b>1628</b>	<b>2940</b>	<b>1946</b>	<b>2928</b>	<b>2016</b>
<b>MOYENNE</b>			<b>1996-1997</b>		<b>1997-1998</b>		<b>1998-1999</b>	
			<b>+ 3 %</b>	<b>+ 6 %</b>	<b>+ 12.9 %</b>	<b>+ 6.6 %</b>	<b>- 0.4 %</b>	<b>+ 3.6 %</b>

# Rappel de la LAMal

832.10 Edition Twix

Assurance-maladie

## Section 4: Surveillance et statistiques

### Art. 21 Surveillance

<sup>1</sup> Les assureurs et l'institution commune sont placés sous la surveillance du Conseil fédéral.

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral veille à l'application uniforme de la présente loi et règle notamment la répartition des compétences.

<sup>3</sup> La surveillance de la pratique des assurances désignées à l'article 12, 2<sup>e</sup> alinéa, est de la compétence de l'Office fédéral des assurances privées conformément à la législation sur les institutions d'assurances privées.

<sup>4</sup> L'Office fédéral des assurances sociales peut adresser aux assureurs des instructions pour l'application uniforme du droit fédéral, requérir tous les renseignements et les documents nécessaires et procéder à des inspections. Les assureurs doivent lui communiquer leurs rapports et leurs comptes annuels.

<sup>5</sup> Si un assureur enfreint les prescriptions légales, l'Office fédéral des assurances sociales peut, selon la nature et la gravité des manquements:

- a. prendre, aux frais de l'assureur, les mesures propres à rétablir l'ordre légal;
- b. proposer au département de retirer l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale.

<sup>6</sup> Les dispositions spéciales sur la surveillance des institutions d'assurance privées sont réservées.

### Art. 21a<sup>7</sup> Concours des cantons

<sup>1</sup> Les cantons peuvent obtenir auprès des assureurs les documents officiels sur lesquels se fonde l'autorité fédérale pour approuver les tarifs de primes. Ils peuvent les utiliser uniquement pour élaborer un avis conformément à l'article 61, 4<sup>e</sup> alinéa, ou pour justifier auprès des assurés les primes approuvées.

<sup>2</sup> Dans des cas particuliers, l'office peut, d'entente avec le canton, lui confier le soin de procéder auprès des assureurs aux examens prévus à l'article 21, 4<sup>e</sup> alinéa.

### Art. 22 Contrôle des frais d'administration

<sup>1</sup> Les assureurs doivent limiter les frais d'administration de l'assurance-maladie sociale aux exigences d'une gestion économique.

<sup>7</sup> Introduit par le ch. I de la LF du 18 déc. 1998, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1999 (RO 1999 2041 2042; FF 1998 1072 1078).

<sup>2</sup> Le Conseil fédéral peut édicter des dispositions pour limiter les frais administratifs. A cette fin, il se réfère, en particulier, à l'évolution générale des prix et des salaires.

### **Art. 23**            Statistiques

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral règle l'établissement, l'analyse et la publication des statistiques que requiert l'application de la présente loi, ainsi que l'accès aux données récoltées. Ce faisant, il veille au respect de la protection de la personnalité.

<sup>2</sup> Les assureurs, les autorités fédérales et les autorités cantonales participent à l'établissement des statistiques. Le Conseil fédéral peut étendre cette obligation à d'autres personnes ou organisations après les avoir consultées.

## **Chapitre 3: Prestations**

### **Section 1: Catalogue**

#### **Art. 24**            Principe

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux articles 25 à 31 en tenant compte des conditions des articles 32 à 34.

#### **Art. 25**            Prestations générales en cas de maladie

<sup>1</sup> L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.

<sup>2</sup> Ces prestations comprennent:

- a. les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par:
  1. des médecins,
  2. des chiropraticiens,
  3. des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical;
- b. les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien;
- c. une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin;
- d. les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin;

## Résolution (350)

### **demandant une comptabilité analytique aux assureurs-maladie avant toute nouvelle hausse de primes**

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève  
considérant :

- le rôle de santé publique reconnu aux assureurs-maladie;
- que certains prestataires de soins ont déjà l'obligation de fournir une comptabilité analytique;
- la part croissante du budget individuel et familial prise par les cotisations aux assureurs-maladie;
- la poursuite annoncée de l'augmentations de ces cotisations; des provisions déjà vraisemblablement surévaluées et la nécessité de prendre des décisions politiques visant à un meilleur équilibre des coûts de la santé;

invite le Conseil d'Etat et la délégation des élus genevois aux Chambres fédérales

à intervenir auprès des Autorités fédérales :

- afin d'imposer aux assureurs-maladie une comptabilité analytique rendant explicite chaque poste de charge;
- afin de faciliter aux instances cantonales l'accès aux données des différentes assurances ;
- et de contester toute hausse des primes, voire d'imposer un moratoire, aux assureurs qui ne pourraient ainsi les exprimer.