

Date de dépôt: 15 septembre 2003

Messagerie

Rapport

de la Commission des affaires sociales chargée d'étudier:

- a) PL 8481-A** **Projet de loi de M^{me} et MM. Pierre Froidevaux, Janine Berberat, Gilles Godinat, Jean-Marc Odier, Jean Rémy Roulet et Walter Spinucci modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (J 3 05)**

- b) PL 8564-A** **Projet de loi de MM. Pierre Froidevaux, Jean-Marc Odier, Hervé Dessimoz, Roger Beer, John Dupraz, Walter Spinucci, Daniel Ducommun et Louis Serex modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (J 3 05)**

- c) M 1438-A** **Proposition de motion de M^{mes} 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 exigeant la transparence des caisses maladie pratiquant l'assurance-maladie obligatoire, telle que prévue par la LAMal, notamment par les articles 21 et 21a**

RAPPORT DE LA MAJORITÉ

Rapport de M. Patrick Schmied

Mesdames et
Messieurs les députés,

1. Introduction

Les trois objets concernés ont été traités ensemble par la commission, de même que le projet de loi 8828 concernant les subsides cantonaux pour l'assurance-maladie qui fera l'objet d'un rapport séparé, du fait qu'il relève du domaine de compétence direct du canton.

La Commission des affaires sociales a traité ces objets dès février 2002 sous la présidence de M^{me} Janine Berberat, puis dès novembre 2002, en parallèle avec les objets traitant des EMS et de l'intégration des personnes handicapées.

La Commission a bénéficié de la présence de M. Pierre-François Unger, conseiller d'Etat en charge du Département de l'action sociale et de la santé (DASS), de M^{me} Marie Da Roxa, Secrétaire générale du DASS, de M. Michel Gönczy, Directeur de l'action sociale, de M^{me} Karin Müller, conseillère juridique, et de M. Pierre-Antoine Gobet, directeur de cabinet, que la Commission remercie pour leur précieuse collaboration.

Les excellents procès-verbaux ont été rédigés par M^{me} Virginie Claude.

2. Buts des projets de loi et de la motion

De manière générale, ces objets sont issus de l'exaspération des députés et de la population face aux augmentations constantes des primes depuis l'instauration de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), sans que ces augmentations soient justifiées de manière compréhensible par chacun.

Le projet de loi 8481 date de mars 2001 et a pour but de « renforcer le rôle du service de l'assurance-maladie (SAM) en lui attribuant la tâche d'informer les assurés genevois et le Grand Conseil des raisons qui motivent l'évolution des coûts des primes de l'assurance-maladie de base ».

Le projet de loi 8564 date d'août 2001. Il a pour but « de lutter contre le principal facteur de renchérissement des primes de l'assurance-maladie, à savoir les activités institutionnelles travaillant à charge de la LAMal ». Il

propose la mise en place d'un fonds de réallocation des primes. Les montants perçus par les établissements publics de l'assurance-maladie qui dépasseraient en pourcentage l'augmentation des coûts du secteur privé seraient reversés aux assurés sous forme de subsides par l'intermédiaire du fonds de réallocation.

La motion 1438 date de janvier 2002. Elle exige la transparence des caisses maladie sur la hausse des primes. Elle invite le Conseil d'Etat à faire rapport au Grand Conseil sur l'origine des augmentations, et à exiger l'application des sanctions prévues par la LAMal (perte de l'autorisation de pratiquer).

3. Résumé des votes

Le **PL 8481** a été accepté par la Commission avec les amendements suivants :

L'article 3 qui introduisait dans les lois concernant les HUG, les EMS, et l'aide à domicile, l'obligation pour ces organismes de fournir leur budget et leurs comptes détaillés au Grand Conseil a été supprimé. La majorité de la commission ne voulait pas éluder cette question, mais a accepté de supprimer cet article suite à l'assurance que la future loi-cadre sur la santé, ainsi que le futur contrat de prestation des HUG répondront aux buts de l'article 3.

L'article 7, central, concernant l'information périodique, a été reformulé de façon à coller à la réalité des faits. Dans l'alinéa 3, la notion d'information aux assurés a été ajoutée, en plus de celle destinée au Grand Conseil. Celui-ci garde en outre la faculté de débattre de la question.

Le **projet de loi 8654** a été rejeté par la Commission, principalement pour son incompatibilité avec le droit fédéral.

La **motion 1438** a été acceptée, après que les invites ont été amendées pour adapter la date, préciser que les primes sont en définitive approuvées par le Conseil fédéral, et non pas imposées par l'OFAS.

4. Auditions

4.1 Audition de M^{me} Laverrière, Service de l'Assurance-maladie

M^{me} Laverrière présente le matériel statistique dont dispose le SAM, à savoir les chiffres que les assureurs donnent à l'OFAS.

Les commissaires peuvent observer les points suivants :

- En janvier 2003, les assureurs se basent sur les dépenses de 2001 et une extrapolation de 2002 pour estimer les primes de 2003.
- Il y a 3 classes d'âge pour les dépenses et pour les primes (0-18 ans, 19-25 ans et 26 ans et plus), alors que le calcul de la compensation des risques se fait par tranches de 5 ans d'âge.
- Alors que les coûts et les primes sont calculés, au niveau cantonal, les réserves sont nationales. Lorsqu'une caisse fait des bénéficiaires, ils sont versés aux réserves globales.
- Les chiffres de Santésuisse et ceux du SAM ne coïncident jamais en ce qui concerne la compensation des risques, alors que les chiffres du SAM sont issus des chiffres des assureurs-maladie !

A la demande du président, M^{me} Laverrière informe les commissaires que sur 14 000 bénéficiaires de subsides de l'OCPA à qui le SAM a demandé de changer de caisse, 1000 ont effectué cette démarche.

4.2. Audition de M. Seydoux, Santésuisse

M. Seydoux commence son exposé par un retour sur les principes de base de l'assurance-maladie et constate que la solidarité n'est pas un vain mot.

Les réserves (ou fonds propres) servent à amortir les situations délicates comme les retards de paiement. Elles constituent une somme d'argent importante qui doit être gérée, c'est-à-dire être placée, obéissant en cela à la LAMal. Malgré les mauvais résultats récents, la sécurité de ces placements à long terme n'est pas en cause.

Le choc de 2001 et 2002 est, selon M. Seydoux, dû au fait qu'entre 1998 et 2000, l'OFAS avait demandé aux assureurs de puiser dans les réserves, qui se sont épuisées.

Répondant aux questions, M. Seydoux donne les indications suivantes :

Les réserves représentent 1,5 mois de prestations, soit 15%, un montant donc facile à estimer, même s'il n'est pas directement accessible par canton.

- Ce ne sont pas les cas lourds qui font grimper les primes mais l'addition des petits coûts usuels. Un autre facteur d'augmentation des coûts est le nombre trop élevé de médecins et de pharmaciens.
- La concurrence existe, contrairement à l'avis exprimé par plusieurs commissaires: dans une région donnée, une caisse qui pratiquerait des primes bien plus élevées serait rapidement écartée du marché. Même si

les prestations sont peu ou prou les mêmes pour tous, il y a moyen de se démarquer sur la qualité du service (rapidité de remboursement, qualité de l'information).

- Les assurances étrangères (p. ex. La Strasbourgeoise pour les frontaliers) ne peuvent pas être intéressées par l'assurance de base du fait qu'elle n'est pas lucrative. Le marché des complémentaires est, d'après M. Seydoux, complètement saturé.
- La LAMal, comparée à la LAMA précédente, couvre des prestations supplémentaires dont les plus importantes sont les soins à domicile, les hôpitaux et les EMS. Par ailleurs, les subventions que recevaient les caisses ont été supprimées.

Un débat général s'engage sur la validité des chiffres examinés, où il apparaît que des quatre partenaires du système de santé, à savoir les prestataires de soins, les assurés, l'Etat et les assureurs, seuls ces derniers possèdent toute l'information.

4.3. Audition de M^{me} Despland

M^{me} Despland, directrice adjointe de l'institut de droit de la santé à Neuchâtel, précise en préambule que ses remarques seront faites sous l'angle juridique uniquement.

Au sujet du projet de loi 8564, M^{me} Despland indique qu'il viole le droit fédéral et n'a aucune base au niveau de la LAMal : les cantons n'ont pas la compétence de demander la constitution d'un fonds, et le mécanisme selon lequel le secteur public ne devrait pas augmenter plus rapidement que le secteur privé n'est pas prévu par la LAMal.

Au sujet du projet de loi 8481, elle précise que le problème de la non-transparence se résout progressivement et que le 1^{er} janvier 2003 est entrée en vigueur l'ordonnance OCP sur le classement des coûts et des prestations. Cette ordonnance est jointe au présent rapport.

Au sujet de la motion 1438, il est d'abord précisé que la sanction à appliquer aux assureurs récalcitrants selon l'intention des motionnaires était l'avertissement et l'amende, et non le retrait de l'autorisation de pratiquer.

Questionnée sur les actions possibles dans le domaine de compétence des cantons, M^{me} Despland en indique quatre : les subsides, la planification hospitalière, le budget, et la fixation des tarifs de prestations.

De manière générale, M^{me} Despland pense que la réussite ne pourra être que le fait de partenaires. Tout le monde doit s'y mettre : Etat, médecins, hôpitaux, assureurs, assurés.

Enfin, répondant à une question du président sur l'effet pervers du certificat médical obligatoire, M^{me} Despland répond que c'est un sujet complexe, mais qu'il faudrait en tout cas établir une assurance perte de gain obligatoire pour les maladies.

5. Discussion générale

En préalable à la discussion sur les objets pris individuellement, la commission et les représentants du département ont consacré un temps important à débattre de la validité des statistiques considérées. Le débat a porté sur deux questions principales :

– *Jusqu'où peut aller le canton pour obtenir une vision réellement transparente des coûts ?*

Le rapporteur fait remarquer qu'une véritable transparence ne consiste pas à obtenir tous les chiffres dans leurs plus infimes détails, mais plutôt à obtenir une description honnête des montants principaux et de leurs relations.

– *Comment séparer le secteur public du secteur privé pour confirmer ou infirmer la thèse qui sous-tend le projet de loi, à savoir que le secteur public est responsable en majeure partie de l'augmentation des coûts à Genève ?*

En ce qui concerne les mesures qui sont du domaine des compétences du canton pour endiguer cette augmentation, le DASS donne les informations suivantes :

- Subsidés : le projet de loi 8828 est en discussion à la Commission, en parallèle avec les objets de ce rapport.
- Planification hospitalière : le rapport de planification 2003-2007 est actuellement pendant devant la commission de la santé du Grand Conseil.
- Transparence : c'est l'objet du projet de loi 8481.

6. Discussion et vote

6.1 Projet de loi 8481

Deux commissaires sont d'avis que ce projet de loi est superflu et qu'il n'est pas nécessaire d'ajouter une couche d'information cantonale sur l'information faite au niveau fédéral. Leurs collègues leur opposent qu'il ne

faut pas faire l'économie de l'information destinée à la population, et que par ailleurs l'information donnée fédérale n'exclut pas forcément l'information cantonale.

Au vote, **l'entrée en matière** est acceptée par

Pour : 12 (1 AdG, 3 S, 2 Ve, 2 R, 3 L, 1 UDC)

Contre : 2 (PDC)

Abstentions : 0

La discussion s'est ensuite centrée sur l'article 7, en particulier sur l'alinéa 3, ainsi que sur l'[article 3](#)

Article 7

Art. 7 Information périodique (nouvelle teneur)

¹Le service de l'assurance-maladie informe périodiquement toutes les personnes tenues de s'assurer en vertu de la LAMal des prestations offertes par l'assurance obligatoire des soins, des droits et obligations qui en résultent.

L'alinéa 1 ne génère pas de remarques.

²Il précise les conditions à remplir pour l'octroi des subsides cantonaux destinés à la réduction des primes.

L'alinéa 2 original disait :

« *Il précise les conditions à remplir pour l'octroi aux subsides cantonaux pour une réduction des primes.* »

La formulation nouvelle a pour but de coller de plus près à la terminologie de la LAMal.

³Il informe les assurés sur les modifications annuelles des primes, notamment sur la base des documents officiels qu'il obtient auprès des assureurs, sur lesquels se fonde l'autorité fédérale pour approuver les tarifs des primes.

L'alinéa 3 original disait :

« Parallèlement, il établit un rapport annuel destiné au Grand Conseil qui contient, en outre, tous les renseignements utiles à la compréhension de la composition des primes d'assurance-maladie. »

La formulation nouvelle proposée par le DASS est approuvée par les commissaires.

L'article 7 est accepté par :

Pour :	12 (1 AdG, 3 S, 2 Ve, 2 R, 3 L, 1 UDC)
Contre :	0
Abstentions :	2 (PDC)

Article 3

Cet article a pour but de contraindre les HUG, les EMS et l'aide à domicile de fournir leur budget et des comptes détaillés au Grand Conseil, pour son information.

Certains trouvent cet article redondant du fait que d'une part la LIPAD règle cette question au niveau des budgets, et que la Commission des finances du GC a connaissance des comptes. D'autre part le terme « détaillés » pose problème car il implique selon la jurisprudence que l'on pourrait aller jusqu'à la masse salariale nominative. Une commissaire soupçonne cet article de vouloir mettre en avant des organismes que l'on accuse d'être la cause des augmentations de coûts.

Certains commissaires désirent voir l'article 3 figurer pour assurer qu'un débat politique puisse avoir lieu. Les auteurs du projet de loi insistent sur leur but : obtenir, 2 fois l'an, un état complet de ce que représentent les coûts de la santé.

Au vote, **l'entrée en matière** est acceptée par

Pour :	5 (1 R, 3 L, 1 UDC)
Contre :	2 (PDC)
Abstentions :	6 (1 AdG, 3 S, 2 Ve)

Suite à un débat nourri, le chef du Département propose de ne pas voter l'article 3, mais d'adopter le PL 8481 pour que cet automne déjà, il soit possible d'obtenir l'information prévue à l'article 1. Les buts de l'article 3

pourront être atteints dans le cadre de la future loi-cadre sur la santé, ainsi que par le futur contrat de prestation des HUG.

Au vote, l'article 3 est refusé

Pour :	1 (R)
Contre :	5 (2 PDC, 2 S, 1 Ve)
Abstentions :	8 (1 AdG, 1 S, 1 Ve, 1 R, 3 L, 1 UDC)

Reflétant l'opinion générale, un commissaire tient à préciser que la question soulevée par l'article 3 n'est pas éludée.

Considérant qu'en ne votant pas l'article 3, le principe du débat parlementaire a été abandonné un des auteurs du projet de loi propose de modifier l'art.7, al. 3 : « Il informe le Grand Conseil et les assurés [...] », de manière à pouvoir débattre du sujet.

Art. 7 Information périodique (nouvelle teneur)

³ Il informe le Grand Conseil et les assurés sur les modifications annuelles des primes, notamment sur la base des documents officiels qu'il obtient auprès des assureurs, sur lesquels se fonde l'autorité fédérale pour approuver les tarifs des primes.

Cet amendement est accepté à l'unanimité des personnes présentes (1 AdG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC).

Le projet de loi 8481 amendé et sans l'article 3 est accepté dans son ensemble à l'unanimité des personnes présentes (1 AdG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L, 1 UDC).

6.2 *Projet de loi 8564*

Les avis reçus par la commission montrent que ce PL est contraire à la constitution.

Un des ses auteurs rappelle qu'il était principalement une intention politique et propose de suspendre les débats en attendant les documents nécessaires sur les flux financiers.

Au vote, l'entrée en matière est refusée par

Pour : 1 (1 R)

Contre : 12 (1 AdG, 3 S, 2 Ve, 1 R, 2 PDC, 1 UDC)

Abstentions : 1 (L)

6.3 Motion 1438**1^{re} invite :**

La première invite est amendée successivement pour adapter la date, pour remplacer le mot « imposées par l'OFAS » par « approuvées par le Conseil fédéral », afin de se conformer à la réalité des faits. Cette invite devient :

– à faire rapport au Grand Conseil avant la fin de l'année 2003 sur l'origine des augmentations des primes de l'assurance-maladie obligatoire telles qu'**approuvées par le Conseil fédéral** et, en particulier, sur la nature des prestataires de soins, qui seraient à l'origine de cette sérieuse hausse des cotisations ;

Ainsi modifiée, la 1^{re} invite est acceptée à l'unanimité des personnes présentes : (1 AdG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L).

2^e invite

La 2^e invite est acceptée à l'unanimité des personnes présentes : (1 AdG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L).

3^e invite

La 3^e invite est corrigée afin que la sanction évoquée dans la LAMal ne soit pas le retrait de l'autorisation d'exercer, mais l'avertissement et l'amende.

- | |
|---|
| <p>– sans explication de la part des autorités de tutelle, à exiger l'application de la lettre c de l'alinéa 5 de l'article 21 LAMal.</p> |
|---|

Ainsi modifiée cette invite est acceptée par

Pour : 9 (2 S, 2 PDC, 2 R, 3 L)

Contre : 0

Abstentions: 4 (1 AdG, 1 S, 2 Ve)

La motion 1438 avec ses trois invites est acceptée à l'unanimité des personnes présentes : (1 AdG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 R, 3 L).

Projet de loi (8481)

modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (J 3 05)

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

Article 1

La loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), du 29 mai 1997, est modifiée comme suit :

Art. 7 Information périodique (nouvelle teneur)

¹ Le service de l'assurance-maladie informe périodiquement toutes les personnes tenues de s'assurer en vertu de la LAMal des prestations offertes par l'assurance obligatoire des soins, des droits et obligations qui en résultent.

² Il précise les conditions à remplir pour l'octroi des subsides cantonaux destinés à la réduction des primes.

³ Il informe le Grand Conseil et les assurés sur les modifications annuelles des primes, notamment sur la base des documents officiels qu'il obtient auprès des assureurs, sur lesquels se fonde l'autorité fédérale pour approuver les tarifs des primes.

Article 2 Entrée en vigueur

La loi entre en vigueur le lendemain de la publication de l'arrêté de promulgation.

Projet de loi (8564)

modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (J 3 05)

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

Article 1

La loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 1997, est modifiée comme suit :

Chapitre IIIA Mesures limitant les hausses de primes (nouveau)

Art. 11A Fonds cantonal de réallocation des primes (nouveau)

¹ Les institutions publiques ou subventionnées ayant des activités prises en charge par la LAMal ne peuvent accroître leur coût global à charge de l'assurance-maladie obligatoire qu'au maximum dans la même proportion que l'augmentation globale des activités privées à charge de la LAMal.

² L'ensemble des dépassements constitue un fonds cantonal de réallocation des primes. Il est calculé à partir de la date d'introduction de la LAMal.

³ Ce fonds de réallocation est réparti entre tous les assurés genevois sous la forme de subventions directes à leurs primes d'assurances.

Article 2 Entrée en vigueur

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

Proposition de motion

(1438)

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 2003 sur l'origine des augmentations des primes de l'assurance-maladie obligatoire telles qu'approuvées par le Conseil fédéral 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 c de l'alinéa 5 de l'article 21 LAMal.

Département de l'action sociale et de la santé

Comprendre et tenter de
maîtriser l'évolution des coûts de
la santé

Genève, septembre 2002

Introduction

Le DASS conduit plusieurs initiatives en vue de comprendre et de tenter de maîtriser l'évolution des coûts de la santé. L'exercice doit se faire à tous les niveaux, dans tous les secteurs.

Le présent texte a pour but de présenter d'une part quelques données chiffrées relatives aux coûts de la santé, à leur évolution, ainsi qu'aux primes d'assurance et à diverses données des assureurs. D'autre part, il vise à expliquer ce que le DASS a entrepris, ce qu'il fait, ce qu'il a prévu et ce qu'il envisage de faire – dans le champ de compétences qui est le sien en matière de santé – pour endiguer l'accroissement des coûts de la santé.

Plus précisément, nous commenterons d'abord les comptes 2001 des assureurs, puis nous reviendrons sur les augmentations des primes demandées pour l'année 2003. Nous présenterons ensuite la campagne d'incitation au changement de caisse maladie et la politique genevoise de subsides en faveur des assurés à ressources modestes. Enfin, nous conclurons en présentant les diverses mesures qui sont envisagées dans le canton de Genève pour tenter d'améliorer la situation individuelle ou collective des assurés.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il convient de rappeler à dessein deux postulats de base. Premièrement, la relation directe entre les coûts de la santé et le montant des primes d'assurance-maladie : si les coûts de la santé augmentent, les primes augmentent « fatalement ». Par contre, il n'existe pas réellement, comme nous le verrons plus loin, de relation proportionnelle entre les deux. Deuxièmement, en guise de précepte, toute évolution des coûts de la santé est – partiellement en tous les cas – due aux comportements des quatre principaux acteurs en présence, et à l'interaction de ces comportements. Ces quatre acteurs sont l'Etat, les prestataires de soins, les assureurs et les assurés.

I. Constats

I. 1. Analyse des comptes des assureurs

Dans une semaine exactement, le Département fédéral de l'intérieur via l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) annoncera les primes d'assurance maladie 2003. Comme chaque année, cet exercice sera accompagné de son lot d'incompréhensions, de mécontentements et d'interrogations :

- Comment sont calculées les primes d'assurance maladie ?
- Les augmentations annoncées sont-elles justifiées ?
- Pourquoi faut-il payer toujours plus cher pour la santé ?
- Comment alléger sa prime d'assurance maladie ?

Voici autant de questions légitimes auxquelles nous tentons d'apporter quelques éléments de réponses.

A la suite d'une initiative cantonale de Genève, votée à l'unanimité par le Grand Conseil le 11 octobre 1996 et adoptée par l'Assemblée fédérale en 1998, les cantons peuvent se prononcer sur les tarifs des primes prévues pour les résidents (art. 61 al. 4 LAMal). A cet effet, le service de l'assurance maladie (SAM) demande, chaque été, aux caisses maladie de lui transmettre les mêmes informations que celles données à l'OFAS en vue de la fixation des primes pour l'année à venir.

Ainsi, le SAM a reçu, début août 2002, les comptes 2001 des caisses maladie pratiquant l'assurance obligatoire des soins à Genève, leurs résultats extrapolés pour 2002 (comptes au 30 juin 2002 annualisés) et leurs prévisions de dépenses pour 2003. Ces informations, consolidées au niveau cantonal, permettent de connaître les coûts des différents prestataires de soins, d'examiner leur évolution et d'expliquer, en partie en tout cas, les augmentations des primes.

I.1.1. Evolution des coûts dans le passé

Les coûts par assuré et par an ont évolué de la manière suivante depuis 1998, première année où le canton a pu disposer des comptes des caisses maladie :

Tableau 1

Année ¹	Dépense par assuré à Genève	Augmentation	Dépense par assuré en Suisse	Augmentation
1998	2 840 F		1 949 F	
1999	2 890 F	1,8 %	2 033 F	+ 4,3 %
2000	3 008 F	+ 4,1 %	2 179 F	+ 7,2 %
2001	3 244 F	+ 7,8 %	2 272 F	+ 4,3 %
2002	3 307 F	+ 2,6 %	²	
1998-2002		+ 16,4 %		

Après une période d'augmentation relativement faible (1999), les coûts de la santé ont connu une progression importante en 2000 et en 2001 à Genève, avec une augmentation de près de 12 %. L'évolution pour 2002 semble plus raisonnable, puisque les comptes au 30 juin 2002 des assureurs extrapolés sur l'ensemble de l'année font apparaître une dépense en augmentation de 2,6 %. En 4 ans, les dépenses de santé à Genève ont augmenté de 16,4 %, bien plus que l'indice du coût de la vie (+ 3,9 % de 1998 à 2002).

¹ Les caisses maladie ont transmis au service de l'assurance maladie les comptes des années 1998-2001, ils sont définitifs. Tandis que pour 2002, les comptes des caisses maladie sont arrêtés au 30 juin 2002 et extrapolés sur l'année.

² Les chiffres suisses ne sont pas encore connus pour l'année en cours.

I.1.2. Analyse par prestataire de soins

Quels sont les prestataires de soins qui contribuent le plus aux coûts de la santé ?
Selon les comptes 2001 des caisses maladie, nous obtenons le tableau suivant :

Tableau 2

Prestataire de soins	Coût à Genève (2001) par assuré et par an CHF	Pourcentage du total du coût genevois	Coût en Suisse (2001) par assuré et par an (CHF)	Pourcentage du total du coût suisse
Médecine ambulatoire	916 F	28,2 %	554 F	24,4 %
Médicaments	660 F	20,3 %	482 F	21,2 %
Hôpital stationnaire	631 F	19,4 %	514 F	22,6 %
Hôpital ambulatoire	384 F	11,8 %	306 F	13,5 %
Sous total	2 591 F	79,8 %	1 856 F	81,7 %
EMS	253 F	7,8 %	176 F	7,8 %
Laboratoire	142 F	4,4 %	57 F	2,5 %
Physiothérapie	106 F	3,3 %	62 F	2,7 %
Aide à domicile	48 F	1,5 %	36 F	1,6 %
Moyens et appareils	19 F	0,6 %	6 F	0,2 %
Chiropraticiens	13 F	0,4 %	9 F	0,4 %
Médecine complémentaire	3 F	0,1 %	7 F	0,3 %
Autres	71 F	2,2 %	63 F	2,8 %
Total	3 246 F¹	100%	2'272 F	100%

Genève ne se distingue pas du reste de la Suisse quant au type de prestataires qui représentent un poids important dans les dépenses de santé. Dans tout le pays, la

¹ En raison des arrondis, le total (3 246 F) diffère légèrement du montant indiqué dans le tableau 1.

médecine ambulatoire, l'activité des hôpitaux, stationnaire et ambulatoire, et les médicaments représentent environ 80 % des dépenses de santé. Viennent ensuite les EMS, les laboratoires, la physiothérapie, l'aide à domicile et les autres prestataires de soins.

Par contre, Genève se distingue par le niveau général des coûts de ces différents prestataires de soins : si les médecins coûtent 554 F par assuré en Suisse, leur coût est presque le double à Genève (916 F). Cette explication peut être reproduite à l'envie pour la majorité des autres prestataires de soins. Au total, les dépenses de santé par assuré à Genève (3 246 F) sont environ 40 % plus élevées qu'en Suisse (2 272 F).

Tableau 3

Prestataire de soins	Coût à Genève (2001) par assuré et par an CHF	Coût en Suisse (2001) par assuré et par an CHF
Médecine ambulatoire	916 F	554 F
Total des dépenses par assuré	3'246 F	2'272 F

I.1.3. Quels sont les prestataires de soins dont les coûts ont le plus augmenté ?

Tableau 4

Prestataire de soins	Augmentation 2000-2001 (en francs)	Augmentation 2000-2001 (en %)
Hôpital stationnaire	+ 61 F	+ 10,7%
Hôpital ambulatoire	+ 38 F	+ 11,0%
Médicaments en pharmacie	+ 31 F	+ 5,1%
Médecine ambulatoire	+ 30 F	+ 3,4 %
EMS	+ 29 F	+ 13,0 %
Physiothérapie	+ 20 F	+ 23,3 %
Laboratoire	+ 12 F	+ 9,2 %
Soins à domicile	+ 9 F	+ 23,1%
Moyens et appareils	+ 2 F	+ 11,8 %
Médecine complémentaire	+2 F	Non significatif ¹
Chiropraticiens	0 F	0
Médicaments médecin	-1 F	- 3,2%
Autres	+ 4 F	+ 6,0 %
Total	+ 237 F	+ 7,9%

A court terme, on observe qu'entre les comptes 2000 et les comptes 2001, ce sont les dépenses en hôpital stationnaire qui ont le plus augmenté (+ 61 F), suivies de celles en hôpital ambulatoire (+ 38 F), des médicaments (+ 31 F), de la médecine (+ 30 F) et des EMS (+ 29 F).

Sur la même période 2000-2001, mais en pourcentage, c'est la physiothérapie qui augmente le plus (+ 23,3 %), suivie des soins à domicile (+ 23,1 %), des EMS

(+ 13,0 %), de l'hôpital ambulatoire (+ 11,0 %), de l'hôpital stationnaire (+ 10,7 %), la médecine ambulatoire ne progressant que de 3,4 % (mais sur un montant de base élevé).

I.2. Des différences inexpliquées

I.2.1. La compensation des risques n'est pas égale à zéro

Selon l'OFAS, la compensation des risques² devrait être un jeu à somme nulle, or ce n'est pas le cas. Depuis plusieurs années, la rubrique compensation des risques de l'ensemble des assureurs genevois affiche les soldes suivants :

Tableau 5

Années ³	Solde de la compensation des risques
1998	- 32 011 758 F
1999	- 12 392 355 F
2000	+ 6 072 957 F
2001	- 1 108 447 F
2002	+ 7 461 565 F
2003	- 5 097 362 F
Total 1998-2003	- 37 075 400 F

Même en faisant abstraction des années 2002 (pour laquelle on ne dispose que des comptes au 30 juin) et 2003 (pour laquelle on ne dispose que des prévisions des

¹ Auparavant, ces prestations complémentaires n'étaient pas remboursées.

² L'article 105 LAMal exprime bien ce que l'on entend par compensation des risques :

1. Les assureurs dont les effectifs de femmes et d'assurés sont inférieurs à la moyenne de l'ensemble des assureurs doivent verser une contribution à l'institution commune (art. 18) [il s'agit d'un fonds cantonal, ndlr] en faveur des assureurs dont les effectifs de femmes et de personnes âgées dépassent cette moyenne ; cette contribution est destinée à compenser entièrement les différences moyennes des frais entre les groupes de risques déterminants.
2. La comparaison s'effectue, par canton et pour chaque assureur, sur la base de l'effectif des assurés.

[...]

³ Les caisses maladie ont transmis au service de l'assurance maladie les comptes des années 1998 à 2001, ils sont définitifs. Tandis que pour 2002, les comptes des caisses maladie sont arrêtés au 30 juin 2002 et extrapolés sur l'année.

assureurs) et en se concentrant sur les 4 années pour lesquelles les comptes des assureurs sont disponibles (1998-2001), le solde est de - 39 439 603 F, soit largement différent de zéro.

I.2.2. Des frais administratifs très variables

Des frais administratifs extrêmement variables sont enregistrés. En 2001, selon les comptes des assureurs, les frais administratifs par assuré et par an se sont montés à 38,20 francs chez l'assureur qui présente les frais administratifs les plus bas (Aquilana), et à 367,50 francs chez l'assureur qui présente les frais administratifs les plus élevés (OKK). On trouvera en annexe les frais administratifs par ordre croissant des assureurs (Cf. annexe 1).

I.2.3. Les montants payés aux EMS ne sont pas les montants reçus par les EMS

Depuis plusieurs années, le canton procède à la comparaison des montants que les assureurs disent avoir payés aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées, avec les montants qui figurent dans les comptes des mêmes EMS, comptes qui sont contrôlés par l'Etat de Genève, au titre de la loi sur les établissements médico-sociaux.

En 2001, les assureurs disent avoir payé 97 995 520 F aux EMS, alors que les comptes des EMS font apparaître des paiements de 92 346 378 F francs seulement. La différence de 5 649 142 F est inexplicable. De plus, ce différentiel se retrouve depuis plusieurs années, puisque, pour les années 1999-2001, les comparaisons des deux mêmes postes donnent les résultats suivants :

Tableau 6

Année	Montants payés selon les assureurs	Montants encaissés selon les EMS	Différence
1999	82 049 185 F	77 174 071 F	4 875 114 F
2000	86 000 413 F	84 665 333 F	1 335 080 F
2001	97 995 520 F	92 346 378 F	5 649 142 F
Total 1999-2001	266 045 118 F	254 185 782 F	11 859 336 F

A la lumière de cet exemple, on peut légitimement se poser des questions sur la validité des chiffres transmis par les assureurs. Pour mémoire, on rappellera qu'en mars 2001, le service de l'assurance maladie genevois a entrepris de vérifier l'affiliation de tous les assurés genevois, comme le prévoit la LAMal. A cet effet, il a reçu des assureurs genevois la liste de tous leurs assurés, qui ont été comparées aux fichiers de l'office cantonal de la population, afin de vérifier que chaque concitoyen était assuré quelque part. Lors de cet exercice, deux importantes caisses maladie (CPT et Concordia), regroupant 34 000 assurés, ont signifié au service de l'assurance maladie qu'ils étaient incapables d'identifier dans leurs fichiers les assurés genevois ! Dès lors, le service a dû adresser une lettre directement à ces personnes, soulevant un tollé dans la population. Il paraît hautement improbable que des caisses maladie - qui n'arrivent même pas à identifier les assurés genevois dans leur base de données - sachent combien ces mêmes assurés ont engendré de dépenses.

I.2.4. Les primes d'assurance maladie augmentent plus vite que les coûts de la santé

L'évolution des primes d'assurance maladie devraient refléter l'évolution des coûts de la santé. Or, tel n'est pas le cas.

Tableau 7

Année ¹	Coût annuel par assuré à GE	Total annuel de la moyenne des primes à GE ²	Différence en francs
1998	CHF 2'840 F	CHF 3'684 F	CHF 844 F
1999	CHF 2'890 F	CHF 3'660 F	CHF 770 F
2000	CHF 3'008 F	CHF 3'840 F	CHF 832 F
2001	CHF 3'246 F	CHF 4'032 F	CHF 786 F
2002	CHF 3'307 F	CHF 4'362 F	CHF 1'035 F

De manière curieuse, à Genève comme en Suisse, le taux d'augmentation des primes (18.4%) est supérieur au taux d'augmentation des coûts de la santé (16.4%), considéré sur une période de 5 ans. La différence entre les deux est donc de 12,2%³.

I.3. Quelle sera l'augmentation des primes en 2003 ?

I.3.1 L'évolution des primes

Au cours de ces dernières années, la prime moyenne cantonale a évolué de la manière suivante :

¹ Les caisses maladie ont transmis au service de l'assurance maladie les comptes des années 1998 à 2001, ils sont définitifs. Tandis que pour 2002, les comptes des caisses maladie sont arrêtés au 30 juin 2002 et extrapolés sur l'année. Les coûts annuels par assuré nous sont transmis par la SAM, le total annuel de la moyenne des primes nous est transmis par l'OFAS.

² Données fournies par l'OFAS. Cette moyenne tient compte du nombre d'assurés pour chaque caisse, et de la répartition des assurés (adultes, enfants, jeunes en formation) également dans chaque caisse.

³ $[(18,4\% - 16,4\%) / 16,4\%] * 100 = 12,195\%$

Tableau 8

Année	Prime mensuelle Adulte CHF¹	Variation
1996	266.00 F	+ 13.7 %
1997	298.00 F	+ 12.0 %
1998	307.00 F	+ 3.0 %
1999	298.00 F	- 2.9 %
2000	320.00 F	+ 7.4 %
2001	336.00 F	+ 5.0 %
2002	363.50 F	+ 8.2 %

En 2002, la prime d'assurance maladie pour les adultes avec une franchise de 230 F s'échelonne entre 300 F pour la caisse la moins chère (FTMH) et 595 F pour la caisse la plus chère (Hotela).

I.3.2. Prévisions des primes pour 2003

Toutes les caisses demandent une augmentation de leurs primes. Les primes 2003 demandées par les assureurs s'échelonnent entre 339 F pour la caisse maladie la moins chère (Assura) et 595 F pour la caisse maladie la plus chère (Hotela). La prime moyenne demandée est de 396 F, ce qui représente une augmentation de 9,1 % par rapport à la prime moyenne effective genevoise de 2002.

Quant aux prévisions de dépenses pour 2003, les caisses maladie prévoient que les coûts par assuré passent à 3 522 F (contre 3 307 F en 2002), soit une augmentation prévue de 6.5 %. Ces prévisions paraissent exagérées, en tenant compte principalement du fait que les négociations entre prestataires de soins et assureurs n'ont pas abouti, en règle générale, à des augmentations des tarifs :

- le nouveau tarif médical pour la médecine de ville (TARMED) n'entrera pas en vigueur en 2003, mais seulement au 1^{er} janvier 2004 ;

¹ Il s'agit de la prime moyenne genevoise, telle que calculée par l'OFAS.

- la convention tarifaire passée entre la Société suisse des pharmaciens et Santésuisse dans le domaine des médicaments devrait, selon l'OFAS, amener un ralentissement de l'augmentation des coûts des médicaments (de l'ordre de 200 millions de francs au niveau suisse) ;
- les établissements médico-sociaux (EMS) ne prévoient pas d'augmentation de tarif pour 2003 ;
- les tarifs des soins à domicile, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des chiropraticiens n'augmenteront pas en 2003;
- les établissements hospitaliers ont planifié une stabilisation du nombre des lits des hôpitaux ;
- seule l'activité ambulatoire des hôpitaux pourrait continuer à se développer, mais selon le tarif actuellement en vigueur.

Le canton escompte donc un développement quantitatif normal, expliqué en grande partie par le vieillissement de la population, les habitudes de consommation médicale de notre population et le nombre des prestataires de soins que nous connaissons à Genève.

Au vu de ce qui précède, l'augmentation des primes de 9,1 % demandée par les caisses maladie pour 2003 semble largement disproportionnée. En conséquence, la délégation genevoise qui a eu l'occasion de faire valoir son préavis auprès de l'OFAS à Berne a préconisé une augmentation des primes pour 2003 ne devant pas dépasser, au maximum, 5 à 6 %, selon l'état financier de l'assureur considéré.

Evidemment, les demandes formulées par les assureurs ne seront pas - on l'espère - suivies intégralement par l'OFAS. Rappelons que cet office est seul responsable de l'approbation des tarifs des primes. Les cantons ne disposent que d'une voix consultative. Le canton de Genève en a fait usage.

I.3.3. La concurrence ne tend pas à rapprocher les prix

Tableau 9

Année	Prime la moins chère	Prime la plus chère	Différence
1998	220.00 F	382.00 F	162.00 F
1999	260.00 F	389.60 F	129.60 F
2000	283.80 F	432.00 F	148.20 F
2001	284.00 F	461.00 F	177.00 F
2002	300.00 F	595.00 F	295.00 F

Pendant trois ans, les différences entre la prime la plus élevée et la prime la plus basse se sont atténuées. Force est malheureusement de constater que le fossé s'est à nouveau creusé dès 2001. Le fait que les montants des primes ne tendent pas à se rapprocher montre que la concurrence dans le système LAMal ne fonctionne pas.

II. Mesures prises par le DASS

Malgré les explications fournies ci-dessus, les primes d'assurance maladie constituent une lourde charge pour l'ensemble de la population genevoise. C'est pourquoi nous insistons une fois encore sur les possibilités offertes à chacun par la LAMal pour limiter ses primes. Ces possibilités sont au nombre de trois :

II. 1. Changer d'assureur

Le changement d'assureur et une opération simple, qui prend peu de temps, coûte moins de dix francs et peut faire économiser plusieurs centaines, voire plusieurs milliers, de francs par an à une famille. On l'a vu, en 2002, l'écart entre la prime la moins chère et la prime la plus chère est de 295 F par mois, soit 3540 F par an, pour une couverture identique. Les prestations offertes sont les mêmes chez tous les assureurs et la libre circulation des assurés est garantie à tous, jeunes ou vieux, malades ou bien portants.

La campagne de presse que le département de l'action sociale et de la santé a menée en automne 2001 pour inciter la population genevoise à quitter les caisses maladie pratiquant des primes élevées s'est soldée par un succès. Le tableau comparatif ci-dessous montre bien qu'en décembre 2001, presque 10 000 personnes supplémentaires ont changé de caisse maladie, suite à cette action.

Tableau 10

Années	Augmentation des primes	Nombre de changements de caisse maladie
1996 →1997	+12,0 %	13 768
1997 →1998	+3,0 %	15 166
1998 →1999	- 2.9 %	21 281
1999 →2000	+7,4 %	14 065
2000 →2001	+5,0 %	29 516
2001 →2002	+8,2 %	39 225

Pour changer de caisse maladie, il faut simplement :

- annoncer sa démission pour le 31 décembre 2002 à sa caisse maladie au moyen d'une lettre recommandée, qui doit être envoyée avant le 22 novembre 2002;
- annoncer son affiliation dans la nouvelle caisse maladie de son choix pour le 1^{er} janvier 2003, au moyen d'une lettre, qui doit être envoyée avant le 15 décembre 2002 en courrier ordinaire.

Un tableau récapitulatif des primes des assureurs genevois sera disponible sur le site de l'Etat de Genève dans les premiers jours d'octobre 2002 (www.geneve.ch/sante) accompagné d'un modèle de lettre-type de résiliation et de lettre-type d'adhésion pour les assurés souhaitant changer de caisses en 2003.

Afin d'inciter les assurés genevois à changer de caisse maladie, une campagne publique d'information sera lancée courant octobre par voie de presse.

Elle sera en principe reprise et financée par l'ensemble des cantons romands.

De plus, toutes les personnes subsidiées en 2002 (actuellement affiliées auprès d'un assureur dont la prime sera plus élevée en 2003 que la prime moyenne genevoise) recevront, dans le courant du mois d'octobre, un avis les incitant à changer d'assureur.

Enfin, nous rappelons la campagne de changement d'assureur entreprise en mars 2002 auprès des bénéficiaires d'un subside couvrant la totalité de leur prime. Suite à cette action, il faut saluer le sens civique de plus de 3000 personnes qui ont changé de caisse et ont opté pour une caisse maladie meilleur marché.

Résultat :

Cela a permis de diminuer la dépense de subsides de plus de 1 million de francs, qui permettent de payer la prime intégrale de 1000 enfants pendant un an.

Choisir une franchise à option

Chacun peut choisir une franchise plus élevée et voir ainsi sa prime mensuelle réduite. Bien entendu, cela signifie accepter une plus grande participation dans les coûts, pour une diminution de prime proportionnelle.

Choisir un réseau de soins

Certains assureurs proposent des formes d'assurance particulières : HMO, réseau de soins, etc. Opter pour un tel système, c'est, par exemple, limiter sa liberté dans le choix des prestataires de soins et accepter un médecin de famille désigné, en contrepartie d'une baisse de sa prime.

II.2. Les subsides en faveur des assurés modestes

Afin de mieux cibler l'aide publique, les législations fédérales et cantonales ont prévu de passer du subventionnement des caisses maladie, dont bénéficient tous les assurés (principe de l'arrosoir) au subventionnement des assurés, dont bénéficient les seuls assurés à ressources modestes (principe du ciblage).

A Genève, cette politique a été mise en oeuvre avant même l'introduction de la LAMal. Les subsides aux assurés à ressources modestes ont passé de 20 millions en 1994 à 245 millions en 2003. En 2001 par exemple, 163'544 personnes à Genève étaient au bénéfice d'un subside pour un montant total de 223'402'427 de francs, ce qui équivaut à 42% de la population¹.

Tableau 11

Type de subside (Cf. explication ci-après)	Nombre de personnes	Montant en francs par type de subsides et selon le nombre de personnes
100 % prime	34'244	120'000'000 F
Enfants à 100%	7'028	6'000'000 F
Personnes à 80 F /mois	33'139	30'000'000 F
Personnes à 60 F /mois	40'845	29'000'000 F
Personnes à 30 F/mois	17'689	6'300'000 F
Enfants au max. à 90 F /mois	30'599	32'000'000 F

¹ Dans la deuxième révision de la LAMal actuellement en travail au sein de la commission de la sécurité sociale et de la santé du Conseil national (CSSS-N), il était prévu (Cf. vote du Conseil des Etat d'octobre 2001) d'introduire un « objectif social » pour faire en sorte que la prime de base ne dépasse pas 8% du revenu du ménage. Le canton aurait dû s'acquitter d'un montant annuel de subsides allant de 400'000'000 à 600'000'000 de francs par an. La CSSS-N étudie d'autres chiffres, avec des fourchettes (2-10% ; 4-12%). Nous n'avons pas encore estimé les dépenses supplémentaires avec ces nouvelles données.

Conformément à la LAMal, les cantons déterminent le montant et les destinataires des subsides.

II.2.1. Répartition des subsides

Le système de répartition mis en place en 1998 se poursuivra en 2003. En raison de la brèche fiscale 2001, les bénéficiaires d'un subside en 2002 verront leur droit reconduit en 2003.

Tableau 12

Groupe	Montant des subsides / mois
A (jusqu'à 15.000.-- francs de revenu déterminant annuel pour une personne seule)	80 F
B (de 15.001.-- francs à 30.000.-- francs de revenu déterminant annuel pour une personne seule)	60 F
C (de 30.001.-- francs à 35.000.-- francs de revenu déterminant annuel pour une personne seule)	30 F

- les enfants dont les parents appartiennent aux groupes A, B et C, reçoivent un subside mensuel qui couvre la cotisation mensuelle, mais qui est de 95.- francs par mois au maximum;
- les assurés sociaux, adultes et enfants, aidés par l'Hospice général et par l'OCPA, qui sont compris dans les groupes A, B et C, reçoivent un subside mensuel qui couvre la cotisation mensuelle;

Le revenu déterminant est composé du revenu net - c'est-à-dire le revenu total qui sert à déterminer le taux d'imposition avant les déductions personnelles et les charges de famille - augmenté d'un quinzième de la fortune nette.

II.2.2. Procédure de distribution des subsides 2003

Dans le but de simplifier les échanges d'information entre le canton et les assureurs, le SAM transmettra, **début novembre**, par fichier électronique, à chaque assureur, le

fichier des assurés ayant droit à un subside. Ainsi, les assureurs pourront tenir compte, dès janvier 2003, de la réduction de prime dans leur facture.

Les assurés recevront, dans la première quinzaine de novembre, une lettre personnelle et individuelle, les informant de l'ouverture de leur droit auprès de leur assureur, connu du SAM. Dès lors, les attestations roses sont supprimées au profit d'une information personnalisée. En cas d'erreur d'assureur, ou en cas de changement d'assureur, les personnes concernées devront communiquer au SAM leur nouveau certificat d'assurance, valable dès le 1^{er} janvier 2003. Le SAM se chargera de la correction.

Les avantages de cette nouvelle procédure sont les suivants :

- allégement du travail administratif
- modernisation du système
- diminution des risques d'erreurs
- transmission plus rapide de l'information

II. 2.3. Paiement des subsides

Le paiement des subsides aux assureurs se fait par 3 acomptes trimestriels. Le quatrième versement solde le compte de l'année, après vérification par le service de l'assurance maladie, de tous les subsides accordés.

III. Mesures prévues par le DASS

III.1. Cotisation d'assurance maladie et fiscalité

Le Conseil d'Etat réfléchit actuellement à la possibilité d'un meilleur traitement fiscal des personnes ayant volontairement choisi de réduire leur prime. En effet, la politique voulue par le département de l'action sociale et de la santé en la matière et celle qui découle du traitement fiscal actuel ne sont pas cohérentes :

- d'un côté, le DASS incite les assurés à opter pour des caisses bon marché, à savoir dont la prime est inférieure à la prime moyenne cantonale. Cela a été fait par voie d'annonce, au mois d'octobre 2001, pour l'ensemble de la population genevoise et, en particulier, par une lettre à quelques 14 000 bénéficiaires des prestations de l'office cantonal des personnes âgées. Par ailleurs, le recours à une franchise élevée est souvent donné en exemple comme manière de diminuer ses cotisations ;

- d'un autre côté, le traitement fiscal actuel des cotisations d'assurance-maladie fait que les personnes qui opteraient pour une caisse maladie bon marché et/ou pour une franchise élevée auront un traitement fiscal désavantageux. Aujourd'hui, il est en effet possible de déduire de ses revenus la prime effective; dès lors, une personne qui choisira une caisse bon marché aura une prime plus basse, donc des déductions plus basses et un revenu imposable plus élevé. De même, une personne choisissant une franchise élevée verra sa prime diminuer et, par le même mécanisme, son revenu imposable augmenter, alors même que ses frais de santé (les 1500 premiers francs étant à sa charge) ne pourront, eux, pas être déduits en totalité, puisque seuls les frais dépassant le 1 % du revenu peuvent être déduits.

Le Conseil d'Etat envisage donc le mécanisme suivant : remplacer la déduction de la prime effective par la déduction de la prime moyenne cantonale telle que définie par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS). Cela aurait plusieurs mérites :

- le traitement des déclarations se verrait simplifié pour l'administration fiscale cantonale, qui n'aurait plus à se soucier de ce point, qui pourrait même être introduit de manière automatique dans la déclaration, puisque les primes moyennes cantonales communiquées par l'OFAS sont de notoriété publique;

- les assurés seront incités à opter pour les caisses maladie bon marché, car ils y trouveront également un intérêt fiscal (si la prime moyenne est à 350 F et la

prime réelle est à 300 F, l'assuré contribuable pourra déduire des frais plus importants - puisque forfaitaires - que les frais réels encourus);

- il en ira de même pour les personnes qui choisiront une franchise élevée.

Des simulations seront nécessaires pour évaluer l'impact global d'une telle mesure. On peut cependant imaginer que cet impact sera modéré puisqu'aujourd'hui, le nombre de personnes qui ont des primes plus basses que la moyenne cantonale ne dépasse pas forcément celui des personnes qui ont des primes plus élevées que la moyenne.

III.2. Le projet de loi sur les «millionnaires»

Ce projet de loi a pour but d'exclure les personnes disposant d'une fortune ou de revenus importants de l'automatisme de l'attribution des subsides.

En vertu de la législation en vigueur, le droit aux subsides est en effet ouvert lorsque le revenu déterminant ne dépasse pas les limites fixées par règlement du Conseil d'Etat (voir point 5.2). Or, la notion du revenu déterminant telle que définie par l'article 21, alinéa 2 LALAMal, n'est pas satisfaisante. En effet, fondé sur le revenu et la fortune imposables fiscalement, ce concept ne reflète pas fidèlement la situation économique de l'ayant droit potentiel, car il intègre des déductions qui n'ont pas d'incidences sur la capacité économique du contribuable.

Aussi, il résulte de l'application de ce concept et de l'automatisme de l'ouverture du droit aux subsides que des assurés sont au bénéfice de ces prestations alors qu'ils ne sont manifestement pas de condition modeste, et par conséquent, seraient en mesure de payer leur prime d'assurance en totalité. Cette situation a d'ailleurs été relevée par la commission externe d'évaluation des politiques publiques dans son rapport du 15 février 2000 sur la politique cantonale relative aux subsides en matière d'assurance maladie.

La modification de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance maladie a donc pour but de mettre fin à cette situation insatisfaisante, en introduisant le principe d'exclure de l'automatisme de l'attribution des subsides les assurés dont le fortune brute ou le revenu brut permettent de présumer qu'ils ne sont pas de condition économique modeste, ce qui les exclut

Toutefois, si leur situation économique le justifie, le projet de loi leur réserve la possibilité de présenter une demande dûment motivée au service de l'assurance

maladie. Si l'assuré apporte la preuve que sa capacité économique correspond à celle d'un assuré modeste, des subsides pourront être accordés à titre exceptionnel, malgré l'existence d'une fortune ou de revenus bruts importants.

III.3. La réorganisation des HUG

La réorganisation des HUG amènera un changement comptable important concernant les primes d'assurance-maladie. En effet, il est prévu une nouvelle méthode qui permettra une séparation adéquate et surtout nécessaire entre les frais relevant purement de l'assurance-maladie de base et ceux ayant trait à la recherche et à la formation. L'idée est en fait de ne pas mettre sur le dos de l'assurance-maladie et donc sur celui des primes des frais qui ne leur reviennent pas. Le montant d'économies pourrait avoisiner les 60 millions de francs annuels.

III.4. Le projet IRIS

Le DASS a été à l'origine de la création de la Fondation IRIS (Intégration, Réseau, Information, Santé) en mai 2000, dont le but est de définir, réaliser et exploiter un réseau communautaire d'informatique médicale (RCIM) fondé sur les dossiers informatisés des patients.

L'idée centrale du RCIM est de mettre en réseau les informations médicales des patients en conférant à ceux-ci le pouvoir de livrer ou non à leurs prestataires de soin lesdites informations. Les avantages de cette mise en réseau sont multiples :

- augmentation de la qualité des soins grâce à la connaissance précise de l'« histoire médicale » d'un patient (thérapies, médicaments prescrits, etc.) ;
- accroissement de l'efficacité et de l'économie des traitements grâce à la mise en lumière de prestations redondantes, voir inutiles. Des études internationales attribuent aux réseaux informatisés de soins un potentiel d'économie d'au moins 2% des frais globaux engendrés. A Genève, sur des dépenses de santé annuelles de 1.3 milliards de francs, le potentiel d'économies est de 26 millions de francs.

Le patient détiendra la capacité d'octroyer l'accès, par l'intermédiaire d'une clé électronique, à son dossier médical, lequel aura été constitué par des éléments introduits au cours de son histoire médicale dans les bases de données de ses différents prestataires de soins : médecin, hôpital, laboratoire, physiothérapeute, etc.

L'accès au dossier ne pourra être octroyé qu'aux professionnels de la santé détenant eux aussi une clé électronique, attestant de leur légitimité, et ne pourra se faire qu'en présence des deux clés. Le patient aura ainsi le pouvoir de donner une partie ou l'ensemble de son dossier médical à un prestataire de soins.

L'application concrète du RCIM est attendue pour 2004.

IV. Mesures envisagées par le DASS

IV.1. Caisse publique latine

En regard de l'évolution du débat fédéral sur la révision de l'assurance maladie, des insatisfactions répétées concernant le fonctionnement concurrentiel des caisses, de l'absence de transparence et de l'évolution des coûts, la Conférence Romande des Affaires sanitaires et sociales (CRASS), réunie à Lausanne le 9 septembre 2002, a décidé de procéder à une étude de faisabilité pour l'introduction d'une caisse publique latine d'assurance maladie. La réflexion, initiée par le canton de Genève, sera élargie à l'introduction d'une caisse maladie nationale unique, qui est l'objectif stratégique de la CRASS.

Pour ce faire, la CRASS a mandaté un groupe d'experts chargé, notamment :

- d'étudier les avantages et inconvénients d'une caisse publique latine et d'une caisse unique nationale, en ce qui concerne les aspects d'organisation, de financement, de maîtrise des coûts, de qualité, etc.;
- de prendre en considération les questions de la levée de l'obligation de contracter et du financement moniste des hôpitaux;
- d'apprécier les conséquences de ces caisses au niveau de la transparence et la gestion des dossiers de santé (corrélation entre frais de santé et primes);
- d'analyser les effets sur les prix d'une absence de stratégie commerciale et de la négociation des conventions tarifaires avec les fournisseurs de prestations.

La CRASS est constituée des Conseiller(e)s d'Etat et Ministre en charge de la santé et des affaires sociales des cantons de Berne, Genève, Fribourg, Jura, Neuchâtel, Tessin, Valais et Vaud.

Conclusion

La définition et la conduite d'une politique cohérente imposent que les décideurs agissent en connaissance de cause. Force est de constater qu'en matière de santé, le sentiment nous est souvent donné de nager en eaux troubles.

Rassembler les données disponibles et à disposition pour avoir des outils d'analyse dans le but de prendre les décisions « au plus juste », en l'occurrence les mesures visant à endiguer l'accroissement peu contrôlé des coûts de la santé, telle est l'idée centrale. Ce qui constitue par ailleurs un des six objectifs de législation du DASS : « obtenir que le pourcentage d'augmentation des primes d'assurance genevoises ne dépasse pas celui de la moyenne suisse ». Le présent papier en est le premier acte.

Annexe 1 : Frais administratifs par assuré en 2001

Aquilana	38.20 F
Intras	77.65 F
Progrès	80.40 F
CSS	99.40 F
Galenos	105.95 F
Concordia	109.45 F
Fonction pub.	122.25 F
CFF	122.70 F
Swica	126.35 F
Assura	129.55 F
Helsana	134.00 F
Mutualité Assurances	134.15 F
Universa	138.25 F
Hermès	141.85 F
Hotela	146.70 F
Vaudoise	150.30 F
FTMH	158.65 F
Sanitas	165.00 F
Kolping	165.20 F
CMBB	168.85 F
Mutuelle VS	169.90 F
EGK	174.70 F
Accorda	175.05 F
CPT	183.25 F
Provita	196.15 F
Futura	204.20 F
Wincare	206.70 F
Avenir	214.70 F
Philos	239.05
Supra	247.80
Agrisano	282.80
OKK	367.50

832.104

Ordonnance
sur le calcul des coûts et le classement des prestations
par les hôpitaux et les établissements médico-sociaux
dans l'assurance-maladie
(OCP)

du 3 juillet 2002 (Etat le 17 septembre 2002)

Le Conseil fédéral suisse,

vu l'art. 49, al. 6, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (loi)¹,
arrête:

Section 1 Généralités

Art. 1 Objet et champ d'application

¹ La présente ordonnance règle le calcul uniforme des coûts et le classement uniforme des prestations dans les hôpitaux et les établissements médico-sociaux.

² Elle s'applique aux hôpitaux et aux établissements médico-sociaux qui sont admis au sens de l'art. 39 de la loi.

Art. 2 Objectifs

¹ Le calcul des coûts et le classement des prestations doivent être effectués de façon à fournir les bases permettant:

- a. d'opérer une distinction entre les prestations et les coûts générés par les traitements hospitaliers, semi-hospitaliers, ambulatoires et de longue durée;
- b. de déterminer les prestations et les coûts de l'assurance obligatoire des soins, en relation avec les traitements hospitaliers à l'hôpital;
- c. de déterminer les prestations et les coûts de l'assurance obligatoire des soins, en relation avec les traitements semi-hospitaliers à l'hôpital;
- d. de déterminer les prestations et les coûts de l'assurance obligatoire des soins, en relation avec les traitements ambulatoires à l'hôpital;
- e. de déterminer les prestations et les coûts des soins ainsi que les autres prestations fournies dans les établissements médico-sociaux et lors de traitement de longue durée à l'hôpital qui sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins et leurs coûts;

RO 2002 2835

¹ RS 832.10

832.104

Assurance-maladie

- f. de déterminer les prestations et les coûts des soins pour chaque niveau de soins requis dans les établissements médico-sociaux et lors de traitement de longue durée à l'hôpital;
- g. d'exclure les coûts non imputables à l'assurance obligatoire des soins, en relation avec les traitements hospitaliers à l'hôpital.

² La distinction et la détermination des coûts et des prestations susmentionnés doivent permettre:

- a. d'élaborer des indicateurs;
- b. de procéder à des comparaisons entre institutions aux niveaux régional, cantonal et supracantonal afin d'analyser les coûts et les prestations;
- c. de calculer des tarifs;
- d. de calculer des budgets globaux;
- e. d'établir des planifications cantonales;
- f. d'apprécier le caractère économique et équitable de la fourniture de prestations;
- g. de contrôler l'évolution des coûts et leur niveau.

Section 2 Définitions

Art. 3 Traitement hospitalier

Sont réputés traitements hospitaliers au sens de l'art. 49, al. 1, de la loi les séjours à l'hôpital d'une durée d'au moins 24 heures pour des examens, des traitements et des soins. Les séjours à l'hôpital de moins de 24 heures, au cours desquels un lit est occupé durant une nuit, ainsi que les séjours à l'hôpital en cas de transferts dans un autre hôpital ou en cas de décès, sont également réputés traitements hospitaliers.

Art. 4 Traitement semi-hospitalier

Sont réputés traitements semi-hospitaliers au sens de l'art. 49, al. 5, de la loi les séjours planifiés pour des examens, des traitements et des soins qui nécessitent une surveillance ou des soins immédiatement consécutifs au traitement, ainsi que l'utilisation d'un lit. Sont également réputés traitements semi-hospitaliers les séjours répétés dans des cliniques de jour ou de nuit.

Art. 5 Traitement ambulatoire

Sont réputés traitements ambulatoires au sens de l'art. 49, al. 5, de la loi les traitements qui ne sont pas réputés hospitaliers ou semi-hospitaliers.

Art. 6 Traitement de longue durée

Sont réputés traitements de longue durée au sens des art. 49, al. 3, et 50 de la loi les séjours à l'hôpital ou dans un établissement médico-social ne nécessitant pas, selon l'indication médicale, un traitement et des soins ou une réadaptation médicale à l'hôpital.

Art. 7 Coûts de formation et de recherche

¹ Les coûts de formation au sens de l'art. 49, al. 1, de la loi comprennent les moyens engagés pour:

- a. la formation de base théorique et pratique des étudiants en médecine jusqu'à l'obtention de l'examen d'Etat;
- b. la formation post-graduée des médecins jusqu'à l'obtention d'un titre de spécialiste;
- c. la formation de base et la formation post-graduée du personnel médical académique restant;
- d. la formation de base et la formation post-graduée théoriques et pratiques du personnel soignant;
- e. la formation de base et la formation post-graduée théoriques et pratiques du personnel médico-technique et médico-thérapeutique.

² Les coûts de recherche au sens de l'art. 49, al. 1, de la loi englobent les moyens engagés pour les travaux de création entrepris de façon systématique et le développement expérimental visant à accroître le niveau des connaissances ainsi que leur utilisation pour permettre de nouvelles applications. En font partie les projets réalisés dans le but d'accroître les connaissances scientifiques et d'améliorer la prévention, le diagnostic ou le traitement de maladies.

³ Sont également réputés coûts de formation et de recherche les coûts indirects, ainsi que les moyens engagés pour des activités de formation et de recherche financées par des tiers.

Art. 8 Investissements

Sont réputés investissements au sens de l'art. 49, al. 1, de la loi les biens meubles et immeubles ainsi que les autres immobilisations nécessaires pour remplir le mandat de prestations au sens de l'art. 39, al. 1, let. e, de la loi. En font partie, outre les opérations d'achat, l'ensemble des opérations de location et d'achat par acomptes.

Section 3 Calcul des coûts et classement des prestations

Art. 9 Exigences pour le calcul des coûts et le classement des prestations

¹ Les hôpitaux et les établissements médico-sociaux doivent tenir une comptabilité analytique dans laquelle les coûts sont justifiés de manière appropriée selon le lieu où la prestation est fournie et par rapport à la prestation.

² La comptabilité analytique doit comprendre en particulier les charges par nature, les centres de coûts, les unités finales d'imputation et le classement des prestations.

³ La comptabilité analytique doit permettre une justification appropriée des coûts des prestations. Les coûts doivent être imputés aux prestations dans une forme adéquate.

⁴ La comptabilité analytique doit être établie de manière à ce qu'il ne soit pas possible de tirer de conclusions sur la personne traitée.

⁵ La comptabilité analytique doit être établie pour chaque année civile et être mise à disposition à partir du 30 avril de l'année suivante.

⁶ Le Département fédéral de l'intérieur (département) peut édicter des dispositions plus détaillées pour la mise en place de la comptabilité analytique du point de vue technique. Il consulte à ce sujet les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs.

Art. 10 Hôpitaux

¹ Les hôpitaux doivent tenir une comptabilité financière. Cette dernière se fonde sur la nomenclature du plan comptable de H+ Les Hôpitaux de Suisse (édition non modifiée 1999).

² Les hôpitaux doivent calculer les coûts des centres de coûts en suivant la nomenclature de l'offre de prestations de la statistique des hôpitaux établie selon l'annexe à l'ordonnance du 30 juin 1993 sur l'exécution des relevés statistiques de la Confédération².

³ La tenue d'une comptabilité des investissements est obligatoire pour le calcul des coûts des investissements. Sont réputés investissements au sens de l'art. 8 les objets d'une valeur d'achat de 3000 francs ou plus.

⁴ La tenue d'une comptabilité des coûts et des prestations est obligatoire.

Art. 11 Etablissements médico-sociaux

¹ Les établissements médico-sociaux doivent tenir une comptabilité financière.

² La tenue d'une comptabilité des investissements est obligatoire pour le calcul des coûts des investissements.

³ La tenue d'une comptabilité des coûts et des prestations est obligatoire.

Section 4 Justification des prestations fournies**Art. 12 Exigences pour la statistique des prestations**

¹ Les hôpitaux et les établissements médico-sociaux doivent tenir une statistique des prestations.

² La statistique des prestations doit permettre une justification appropriée des prestations fournies.

³ La statistique des prestations doit être établie de manière à ce qu'il ne soit pas possible de tirer de conclusions sur la personne traitée.

⁴ La statistique des prestations doit être établie pour chaque année civile et être mise à disposition à partir du 30 avril de l'année suivante.

⁵ Le département peut édicter des dispositions plus détaillées pour la mise en place de la statistique des prestations du point de vue technique. Il consulte à ce sujet les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs.

Art. 13 Hôpitaux

¹ La statistique des prestations des hôpitaux doit être établie en coordination avec la statistique des hôpitaux et la statistique médicale des hôpitaux établies selon l'annexe à l'ordonnance du 30 juin 1993 concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux³.

² La statistique des prestations doit comprendre notamment la description des prestations, les mouvements de patients, les journées de soins, la durée du séjour et le nombre de points effectué.

Art. 14 Etablissements médico-sociaux

¹ La statistique des prestations des établissements médico-sociaux doit être établie en coordination avec la statistique des établissements de santé non hospitaliers établie selon l'annexe à l'ordonnance du 30 juin 1993 concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux⁴.

² La statistique des prestations doit comprendre notamment la description des prestations, les journées de séjour et les journées de soins par niveau de soins requis.

³ RS 431.012.1

⁴ RS 431.012.1

832.104

Assurance-maladie

Section 5 Consultation des pièces**Art. 15**

Les hôpitaux et les établissements médico-sociaux doivent tenir à disposition, pour consultation, les pièces d'une année, dès le 1^{er} mai de l'année suivante. Sont légitimés à les consulter les autorités d'approbation, les autorités de la Confédération compétentes en la matière ainsi que les partenaires tarifaires.

Section 6 Dispositions finales**Art. 16** Evaluation

¹ L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) procède, trois ans après l'entrée en vigueur de la présente ordonnance et en collaboration avec les fournisseurs de prestations, les assureurs et les cantons, à une étude pour déterminer si les objectifs mentionnés à l'art. 2 sont atteints.

² Pour réaliser cette étude, l'OFAS peut faire appel à des instituts scientifiques et instituer des groupes d'experts.

Art. 17 Entrée en vigueur

La présente ordonnance entre en vigueur le 1^{er} janvier 2003.

Date de dépôt : 2 septembre 2003

Messagerie

RAPPORT DE LA MINORITÉ

Rapport de M. Pierre Froidevaux

Mesdames et
Messieurs les députés,

La commission des affaires sociales a étudié trop succinctement le présent projet de loi sans même prendre le temps d'en évaluer les enjeux. Le rapporteur de minorité demande votre soutien pour son renvoi en commission des affaires sociales afin qu'il y soit traité plus consciencieusement.

En effet, ce projet de loi apporte une solution adéquate sur le plan genevois aux principaux défauts du système de financement de la santé tel qu'il s'applique depuis 1996 sur le plan cantonal à travers la loi fédérale sur l'assurance-maladie appelée LAMal.

Les primes sont maintenant si hautes à Genève qu'elles rompent le principe de solidarité entre assurés, pourtant un des buts essentiels de la loi fédérale.

Ce texte propose un contrôle réel de l'augmentation des primes des assurances-maladie sociales à Genève. Il rétablit la part de l'Etat dans sa participation historique aux coûts de la santé¹. Il oblige la mise en place de statistiques sérieuses. Il permet un développement harmonieux entre le secteur privé et le secteur public. Enfin, il assure une transition adéquate entre le financement actuel et le financement futur tel qu'il est en cours d'études sur le plan fédéral (système moniste).

La commission a tout simplement préféré éviter le débat en mettant en doute de manière injustifiée sa conformité vis-à-vis du droit supérieur sans même juger ni du fond ni de son opportunité politique.

¹ Annexe I : Office fédéral de la statistique N° 14, juin 2003.

But du projet de loi : abaisser le montant des primes afin de rétablir la solidarité entre assurés.

Les travaux en commission ont permis de confirmer, ce qui n'allait pas de soi pour certains, que, globalement, les primes des assurances-maladie de base servaient à financer le catalogue des prestations telles que prévues dans la LAMal. Le chef du Département de la santé a aussi certifié que l'essentiel des augmentations des primes genevoises était dû au coût ascendant des EMS, des Hôpitaux publics et des soins à domicile sans que la médecine privée ne puisse être mise en cause.

Ainsi, les assurances-maladie se sont substituées peu à peu aux responsabilités de l'Etat. Cette politique est néfaste, car elle entraîne un surcoût des primes qui deviennent insupportables pour la majorité des genevois.

Ce projet de loi rétablit la responsabilité de l'Etat en lui demandant de restituer le mode de financement initial des établissements publics médicaux qui prévalait avant l'introduction de la LAMal. Ce mode était plus solidaire, puisqu'il se faisait par l'impôt et non par une assurance-maladie devenue entre temps une taxe personnelle.

Ce projet de loi impose un traitement paritaire entre tous les prestataires de santé qu'ils soient publics ou privés. Il complète l'arsenal déjà en place, chargé du contrôle des coûts.

Pour rappel, des mesures ont déjà été prises afin d'éviter un développement inadéquat du secteur privé à la charge de la LAMal : les tarifs sont bloqués depuis déjà 1981 ! Les nouvelles installations de cabinets sont soumises à une clause du besoin. Les prestataires privés subissent des contrôles sévères afin de prévenir tout abus. Il est rappelé publiquement la responsabilité des uns et des autres afin de réduire une éventuelle surconsommation en matière de soins. Ces mesures sont efficaces puisque le coût du secteur privé est stable, voire en légère baisse depuis 1996 ! Malgré cette évidence, la médecine privée est montré injustement du doigt par le parlement fédéral qui a prévu la fin de l'obligation de contracter lors de la dernière révision de la LAMal.

Comme, il n'existe aucune réglementation en matière de prestations de soins pour le secteur publique, il est temps d'en prévoir une, car les coûts du service public à charge de l'assurance-maladie ont pris l'ascenseur depuis

1996 pour atteindre un surcoût de 215 millions en 2001, date des derniers comptes consolidés².

En demandant que les deux secteurs, public et privé, soient traités de la même manière, l'effort de rationalisation du secteur public devrait permettre de retrouver le montant des primes d'avant 1996 !

Les arguments de la majorité

- une supposée non-conformité au droit :

La commission a jugé que ce projet de loi n'était pas conforme au droit supérieur à l'occasion de l'audition d'un membre de la Commission d'Evaluation des Politiques Publiques (CEPP) qui a précisé d'entrée de cause que ses remarques n'ont ni la valeur d'un avis de droit, ni de celui d'une experte !

Si effectivement la proposition législative proposée entraine contradiction avec d'autres dispositions, la commission aurait dû s'appuyer sur un avis de droit afin de débattre de ces points.

Telle n'étant pas le cas, le rapporteur de minorité ne dispose d'aucun argument à faire valoir devant notre parlement, si ce n'est à lui faire constater ce déni.

- une supposée impossibilité de différencier les activités privées à charge de la LAMal et les activités publiques.

Cet argument est fallacieux. Une autorité cantonale compétente sait au franc près ce que coûtent ses institutions publiques aux assurances-maladie sociales. Leurs comptes sont publics. De plus, le parlement fédéral a mis en place une disposition leur donnant toute compétence pour contrôler sur ce point les comptes des assureurs.

Pour stigmatiser la non-différenciation entre le secteur public et privé, l'« *experte du Département* » évoque la planification hospitalière qui inclut les deux secteurs. Elle oublie simplement d'expliquer que la planification des hôpitaux publics doit tenir compte des hôpitaux privés par respect des règles de la concurrence. Les comptes sont parfaitement séparés. Les hôpitaux publics ont une garantie de déficit qui n'existe évidemment pas pour le secteur privé. Si les institutions privées n'étaient plus viables en raison d'une concurrence faites par les institutions subventionnées, cela contreviendrait

² Annexe II : les comptes des assureurs page : 55

gravement au principe constitutionnel de la liberté d'entreprise, et déséquilibreraient l'organisation générale des soins.

- **une supposée rétroactivité du projet de loi**

Le projet de loi n'a aucun effet rétroactif. Il propose simplement une base de calcul du fond qui tienne compte d'une situation réelle, c'est à dire à partir de chiffres rétrospectifs, ce qui n'est pas un synonyme de rétroactif. Si ce fond était calculé sur des chiffres prospectifs, ils seraient soumis à un arbitraire contraire aux valeurs défendues dans ce projet de loi.

- **une supposée subvention directe aux primes d'assurance**

Ce projet de loi propose la constitution d'un fond qui retourne aux assurés genevois. L'« *experte du Département* » fait remarquer que justement le canton est compétant pour déterminer le cercle des personnes bénéficiaires de subsides. Libre à notre Conseil de déterminer ce cercle ou même plusieurs cercles; celui qui donne droit par exemple à des subsides cantonaux et fédéraux et un cercle qui ne donne droit qu'à des subsides cantonaux.

Conclusions

Les travaux de la commission des affaires sociales, dont le compte rendu devrait se trouver dans le rapport de la majorité, ont pu démontrer :

- que les comptes des assureurs étaient exacts²,
- que les augmentations des primes ont servi en priorité à payer les prestataires publics: HUG, EMS et soins à domicile²,
- que les prestataires privés ne sont pas à l'origine des hausses²,
- que la LAMal n'est pas respectée par les prestataires publics qui subventionnent les soins ambulatoires concurrençant de manière déloyales le secteur privé (par exemple: 80% pour le secteur psychiatrique)³,
- que l'application d'un financement moniste⁴ de la santé tel que prévu dans la révision en cours de la LAMal signifierait une baisse importante

³ Annexe III : Message relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie page 56

⁴ Annexe IV : lettre du chef du Département fédéral de l'Intérieur, M. Pascal Couchepin, président de la Confédération suisse page :57

des primes à Genève, mais au détriment des institutions publiques genevoises.

La politique suivie par le Conseil d'Etat en matière de santé a conduit à l'étatisation de la médecine privée alors que, paradoxalement, la médecine d'Etat est, elle, au bénéfice d'honoraires libres.

Les prestataires privés subissent depuis plusieurs années un carcan législatif qui bloque tout développement. Quant aux prestataires publics, ils augmentent leur coût de manière indécente. Notre parlement accorde, année après année, des augmentations de subventions aux établissements publics. Ce financement complète leurs revenus facturés aux patients selon le même tarif que le secteur privé. En fin d'exercice comptable, ils leur arrivent de demander une rallonge à l'occasion du vote des comptes. Au nom d'une garantie constitutionnelle de déficit, les HUG ont obtenu cette année 30 millions de francs supplémentaires sans que notre Parlement ne puisse s'y opposer! Et si l'on croit la presse, ces faits devraient se répéter l'année prochaine. Ce financement public permet aux institutions hospitalières de développer sans aucune contrainte par exemple leurs soins ambulatoires, très largement subventionnés en contradiction avec l'esprit de la LAMal. Il fausse les règles de la concurrence que cette loi voulait favoriser.

Quel est l'avenir d'une telle politique alors que le National veut rétablir un système concurrentiel? Le parlement fédéral étudie un financement appelé « moniste » de la santé afin d'empêcher les distorsions actuelles des règles de la concurrence à l'origine des augmentations des primes³.

Le projet de loi qui vous est soumis propose de trouver le meilleur équilibre possible entre le secteur privé et le secteur public. Il pourrait coûter un maximum de 215 millions de francs à l'Etat, si celui-ci n'entendait pas collaborer avec le secteur privé. Il pourrait aussi ne rien lui coûter si celui-ci délèguait certaines de ses tâches aux privés, comme par exemple des soins ambulatoires ou des interventions courantes. Dans ce cas de figure, l'Etat ferait l'économie de ses subventions, soit jusqu'à 80% du coût des prestations ainsi déléguées, soit à terme une centaine de millions de francs tout en améliorant aussi ses revenus fiscaux.

Lors de l'entrée en vigueur du système moniste, la politique genevoise de la santé pourra être poursuivie sans heurts, ce projet de loi ayant permis un meilleur respect des règles de la concurrence. Sans une réforme sérieuse du financement de la santé à Genève, le canton de Genève pourrait être appelé, à terme, à verser aux assureurs la totalité des subventions, soit près de

1,5 milliard de francs et perdre aussi le contrôle de la plupart de ses institutions publiques, celles-ci pratiquant une autarcie financière sans rapport avec les règles économiques les plus élémentaires.

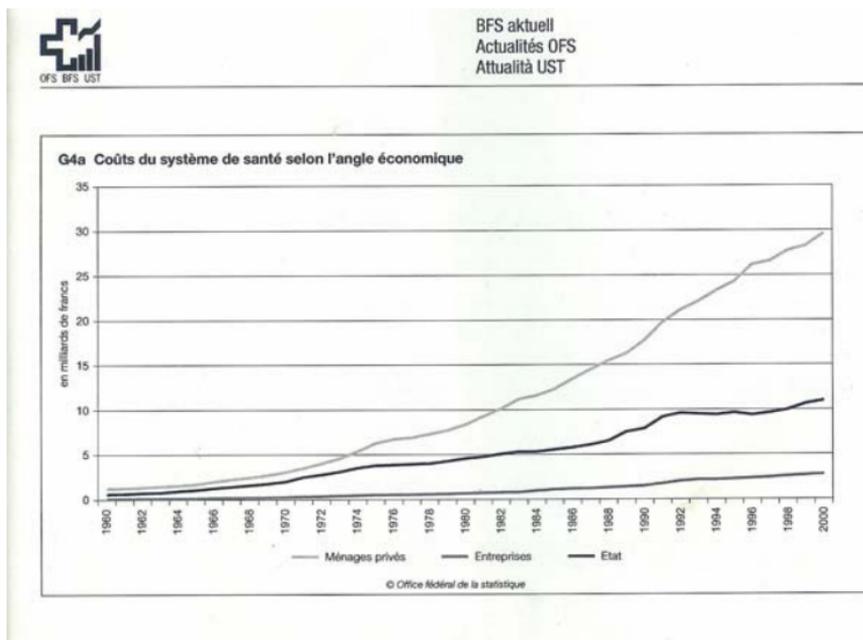
Rétablir la solidarité entre assurés, soit économiser sur les coûts tout en maintenant, voire en améliorant, les prestations, tel est le but de ce projet de loi. Conscient que le sujet est difficile, car le débat est nouveau pour notre parlement (les comptes des HUG ont figuré pour la première fois aux Comptes d'Etat 2002 tout en occultant les EMS et les soins à domicile), le rapporteur fait figurer en annexe quelques éléments pertinents auxquels ont eu accès la commission des affaires sociales afin que notre Parlement puisse soutenir ce projet de loi en connaissance de cause.

Annexe I : Office fédéral de la statistique N° 14, juin 2003.

Coûts de la santé en Suisse : Evolution de 1960 à 2000

Tableaux des statistiques de santé, Tableaux des séries chronologiques révisées. www.health-stat.admin.ch

Le graphique ci-dessous démontre le désengagement progressif de l'Etat durant ces 40 dernières années. Cette évolution s'est accélérée depuis 1992. En 2000, les coûts globaux se sont élevés à 43,4 milliards dont 29,6 milliards de francs à la charge du citoyen (68,2 % du total), 2,8 milliards des entreprises (6,4 %) et 11 milliards de l'Etat (25,4 %), alors qu'en 1960, la part de l'Etat était de 31,4 % et atteignait même 39,5 % en 1971.



Ce tableau représente la tendance de tous les cantons réunis. Il existe cependant de grandes disparités cantonales. Genève ne publie pas de chiffres sur ce sujet.

Le dernier document officiel de StatistiqueGenève a été édité en 2001 et s'intitule « La santé en chiffres ». Bien que les statistiques qu'il contient

soient très documentées, il n'est fait nullement mention de cet important paramètre tout au long des 264 pages de ce dossier.

Annexe II : les comptes des assureurs

La commission des affaires sociales a auditionné M^{me} Laverrière, directrice du service de l'assurance-maladie. Elle a expliqué en détail le mode de contrôle fédéral et cantonal des assurances-maladie sociales. Elle a mis un terme au mythe des comptes erronés, en nous assurant au contraire de leur justesse incontestable.

Le récapitulatif montre que depuis l'entrée en vigueur de la LAMal jusqu'en 2001, date des derniers comptes consolidés :

- le secteur subventionné (hôpitaux stationnaires, hôpitaux ambulatoires, EMS et soins à domicile) coûte 712 F de plus pour chaque Genevois soit 215 millions de francs;
- alors que le secteur privé (médecins privés, physiothérapeutes, laboratoires & chiropraticiens) a baissé de 18 F, soit 7,5 millions de francs de moins;
- les médicaments coûtent 220 F de plus, soit 88 millions de francs de plus;
- et les assurances ont facturé à titre de frais de fonctionnement 20 F de plus, soit 8 millions de francs de plus.

Le rapporteur de minorité constate que ce débat, pourtant essentiel, a provoqué de malheureux dérapages : lors de l'audition de M. Yves Seydoux de Santésuisse, M. Gönczy a mis en doute le système de compensation des risques tel que pratiqué par les assureurs. La commission a alors convenu que MM. Gönczy et Seydoux se verraient afin d'expliquer leurs divergences. M. Seydoux a donné suite par écrit aux membres de la commission de l'entrevue avec le département en expliquant de manière complète la provenance des différences de compréhension entre le Département et Santésuisse. Cette transparence a été considéré comme scandaleuse par le Département, transformant le débat en attaques personnelles.

En commission, le Département a maintenu cette unique divergence portant sur une trentaine de millions de francs pour des flux total dépassant les 7 milliards de francs, soit moins de 0,2 % des sommes considérées ! Ce débat n'est tout simplement pas sérieux, même si le Département entend persister à maintenir cet argumentaire pour déconsidérer les assureurs... et éviter le vrai débat : l'argent des assurés sert de plus en plus à financer des prestations publiques.

Annexe III : Message relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie

Le 18 septembre 2000, le Conseil fédéral publiait un Message proposant la 2^e révision partielle de la LAMal. Il rappelait que la loi fédérale du 18 mars 1994 poursuivait trois objectifs : combler les lacunes du catalogue des prestations, renforcer la solidarité entre les assurés et maîtriser les coûts.

Il estimait :

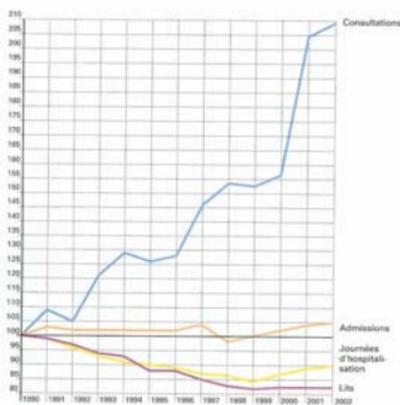
- que le comblement des lacunes du catalogue des prestations est en grande partie atteint;
- que le renforcement de la solidarité n'a pu qu'être partiellement atteint;
- que la maîtrise des coûts est un échec.

Il attribuait l'augmentation des coûts des primes et par voie de conséquence à la baisse de solidarité « *au lent retrait des pouvoirs publics du financement des hôpitaux. L'objectif est d'empêcher que ne se poursuive le mouvement de transfert continu de la charge financière sur l'assurance-maladie et le report qui lui est lié sur les primes par tête* ».

La situation genevoise est singulière vis-à-vis du reste de la Suisse. Contrairement aux autres cantons, Genève subventionne très largement son secteur public (74% selon les statistiques contenues dans le message du Conseil Fédéral ci-après). Pourtant les coûts des patients hospitaliers à charge de l'assurance-maladie grimpent,

alors que les journées d'hospitalisation baissent.

Ce paradoxe est le résultat d'un transfert des soins stationnaires sur l'ambulatoire, dont le coût n'a pas d'équivalent connu, nécessitant des subventions jusqu'à 80% de la facturation. Pour certains, cela semble peu important que la prestation de soins soit effectuée par un médecin privé ou un médecin subventionné. Pourtant une relation thérapeutique nécessite une intimité



Évolution des HUG de 1990 à 2002 à partir des chiffres-clés

qui n'existe pas dans un dossier médical public, ouvert à l'assistant, au chef de clinique, au chargé de cours et au professeur. En poursuivant ainsi l'étatisation de la médecine, que deviendra la satisfaction des patients devenus de moins en moins solidaires en raison du coût toujours plus élevé de ses primes ? Que deviendra notre société si elle ne croit plus en son système de santé ?

Degré de couverture des coûts du traitement hospitalier

Calculs relatifs à l'année 1999

Sans investissements						Avec investissements					
Cantons		Assureurs		Total	Cantons		Assureurs		Total		
Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.		
Zurich	429.7	40.47%	632.2	59.53%	1062.0	Zurich	558.7	46.91%	632.2	53.09%	1190.9
Berne	506.3	53.94%	432.4	46.06%	938.8	Berne	685.4	61.32%	432.4	38.68%	1117.8
Lucerne	96.9	39.27%	149.9	60.73%	246.9	Lucerne	128.6	46.17%	149.9	53.83%	278.5
Uri	12.0	44.83%	14.7	55.17%	26.7	Uri	20.8	58.54%	14.7	41.46%	35.6
Schwyz	60.3	53.22%	53.0	46.78%	113.3	Schwyz	61.0	53.50%	53.0	46.50%	114.0
Obwald	11.4	46.89%	12.9	53.11%	24.2	Obwald	11.9	48.07%	12.9	51.93%	24.8
Nidwald	14.0	50.70%	13.6	49.30%	27.7	Nidwald	15.6	53.42%	13.6	46.58%	29.3
Glaris	19.0	52.68%	17.1	47.32%	36.0	Glaris	34.8	67.08%	17.1	32.92%	51.8
Zoug	47.9	55.75%	38.1	44.25%	86.0	Zoug	52.5	57.99%	38.1	42.01%	90.6
Fribourg	110.6	48.66%	116.7	51.34%	227.3	Fribourg	139.2	54.40%	116.7	45.60%	255.8
Soleure	99.3	44.96%	121.5	55.04%	220.8	Soleure	148.6	55.01%	121.5	44.99%	270.1
Bâle-Ville	239.7	59.22%	165.0	40.78%	404.7	Bâle-Ville	292.9	63.96%	165.0	36.04%	457.9
Bâle-Campagne	137.4	47.83%	149.9	52.17%	287.3	Bâle-Campagne	174.1	53.73%	149.9	46.27%	323.9
Schaffhouse	43.5	51.43%	41.1	48.57%	84.6	Schaffhouse	46.4	53.06%	41.1	46.94%	87.5
Appenzell Rh. ext.	20.8	47.47%	23.0	52.53%	43.8	Appenzell Rh. ext.	25.9	52.94%	23.0	47.06%	48.8
Appenzell Rh. int.	4.0	39.53%	6.2	60.47%	10.2	Appenzell Rh. int.	4.2	40.40%	6.2	59.60%	10.4
St-Gall	190.6	48.73%	200.5	51.27%	391.1	St-Gall	218.1	52.10%	200.5	47.90%	418.7
Grisons	80.1	47.11%	89.9	52.89%	170.0	Grisons	118.2	56.79%	89.9	43.21%	208.1
Argovie	178.9	40.80%	259.5	59.20%	438.3	Argovie	242.1	48.27%	259.5	51.73%	501.6
Thurgovie	61.7	33.87%	120.5	66.13%	182.3	Thurgovie	67.6	35.94%	120.5	64.06%	188.1
Tessin	108.6	35.21%	199.8	64.79%	308.4	Tessin	140.2	41.24%	199.8	58.76%	340.1

4070

Sans investissements					Avec investissements					
Cantons		Assureurs		Total	Cantons		Assureurs		Total	
Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	%	Mio. Fr.	
Vaud	404.3	53.16%	356.3	46.84%	760.6	Vaud	421.7	54.21%	356.3	45.79%
Valais	137.0	51.20%	130.6	48.80%	267.6	Valais	180.0	57.96%	130.6	42.04%
Neuchâtel	121.6	56.22%	94.7	43.78%	216.3	Neuchâtel	161.2	62.99%	94.7	37.01%
Genève	602.6	73.18%	220.9	26.82%	823.5	Genève	628.3	73.99%	220.9	26.01%
Jura	47.3	48.09%	51.0	51.91%	98.3	Jura	46.8	47.82%	51.0	52.18%
Suisse	3785.6	50.50%	3711.0	49.50%	7496.6	Suisse	4624.8	55.48%	3711.0	44.52%

Office fédéral de la statistique: calcul reposant sur la statistique des coûts du système de santé, les données de santé-suisse et la statistique des finances publiques. Les coûts de l'assurance-maladie se rapportent au canton de résidence des assurés, alors que les coûts de leur cantons – en principe – représentent les subventions versées par les cantons à leurs hôpitaux (net).

Annexe IV : lettre du chef du Département fédéral de l'Intérieur, M. Pascal Couchepin, président de la Confédération suisse

Le rapporteur de minorité s'est adressé directement au Président de la Confédération après avoir constaté que la commission refusait l'audition de représentants fédéraux afin de faire ensemble le point sur la politique fédérale en matière de santé, notamment à l'occasion de la 2^e révision de la LAMal, alors en plein débat.

En effet, cette deuxième révision avait échoué en décembre 2002 devant le plénum en raison de désaccords sur le système de financement des hôpitaux publics. Dans sa lettre, le président de la Confédération laisse entendre que le système dual fixe proposé dans cette révision a été abandonné au profit du système « moniste ».

Le système moniste impose le transfert aux assureurs maladie, des subventions publiques. Aux assureurs de choisir ensuite le meilleur établissement, au meilleur coût. La 2^e révision, votée entre temps, a introduit *la fin de la liberté de contracter* qui permet aux assureurs de choisir les médecins privés exerçant à charge de l'assurance-maladie de base. Le système moniste applique le même principe politique, mais aux soins hospitaliers. Si un établissement privé fait la même prestation à un meilleur coût, l'assureur peut choisir de contracter avec l'établissement de son choix.

Cette réforme indispensable va certainement se heurter aux oppositions des institutions publiques, toujours mieux organisées politiquement et, surtout plus syndiquées, que les médecins privés. Mais le rapporteur croit à l'esprit de justice qui anime le Parlement fédéral notamment en matière d'égalité de traitement entre tous.

En adoptant le système « moniste », le montant que Genève devra payer aux assureurs s'élèvera à près de 1,5 milliard de francs. Ce montant représente les subventions directes, mais aussi les subventions indirectes et les coûts d'infrastructure. Que deviendront ces établissements publics lorsqu'ils seront mis en concurrence avec le secteur privé ? à moins que dernier ait disparu dans l'intervalle !

Dans sa lettre, le Président de la Confédération rappelle aussi que l'augmentation des coûts des primes:

- ne peut être imputée aux assureurs;
- mais que la politique cantonale est déterminante pour expliquer les disparités cantonales.

CONFÉDÉRATION SUISSE

LE CONSEILLER FÉDÉRAL

CHEF DU DÉPARTEMENT FÉDÉRAL
DE L'INTÉRIEUR

Berne, le 09 APR. 2003

Monsieur
Pierre Froidevaux
39, chemin de la Montagne
1224 Chêne-Bougeries

Monsieur,

Votre lettre du 4 mars 2003 m'est bien parvenue et a retenu toute mon attention. Dans le cadre des travaux de la Commission des affaires sociales du canton de Genève, vous discutez actuellement des coûts de la santé et de leur répercussion sur le montant des primes de l'assurance obligatoire des soins.

Comme vous, je ne pense pas que la création d'une caisse-maladie « latine » ou plus généralement d'une caisse-maladie unique représente une solution à même de résoudre tous les problèmes. A ce sujet, j'estime utile de relever que le Conseil national a récemment rejeté une proposition allant dans ce sens, en décidant de ne pas donner suite à l'initiative parlementaire déposée par le Conseiller national Josef Zisyadis qui demande la création d'une caisse nationale unique pour l'assurance obligatoire des soins. En ce qui concerne le montant des primes de cette assurance, il faut rappeler que les différences de primes d'une région à l'autre ou d'un canton à l'autre correspondent essentiellement aux coûts engendrés par les assurés qui y résident. Parmi les facteurs susceptibles de varier d'une région à l'autre et d'occasionner des écarts plus ou moins importants dans les primes d'assurance-maladie, je pense par exemple à la densité médicale, au report des coûts hospitaliers des cantons sur les assureurs, ainsi qu'au coût de la vie. De plus, une grande partie des responsabilités dans le domaine de la santé publique est déléguée aux cantons. Ce sont donc aussi les cantons et leurs habitants qui peuvent influencer l'évolution des coûts dans leur région. D'une manière générale, je reste persuadé que l'évolution des coûts peut être freinée par une coopération accrue et une volonté commune de tous les milieux concernés.

S'agissant de la réforme de la LAMal en cours, le Parlement, comme vous le savez certainement, examine actuellement, dans le cadre de la 2^e révision partielle de la LAMal différents points très importants. Il s'agit, pour ne citer que ces points, de l'introduction d'un changement dans le financement des prestations hospitalières, de la suppression de l'obligation de contracter pour les assureurs-maladie avec tous les fournisseurs de prestations, ainsi que d'une augmentation du subventionnement des primes pour les personnes et les familles de condition économique modeste. En ce qui concerne l'introduction d'un système de financement moniste des hôpitaux que vous évoquez, il faut savoir que cette question fait partie intégrante des travaux en cours dans la perspective de la 3^e révision de la LAMal et qu'elle fait l'objet d'une étude dirigée par un expert externe du domaine suisse de la santé, à laquelle

- 2 -

sont également associés des représentants des associations professionnelles concernées et de différents offices fédéraux.

J'espère vous avoir ainsi utilement répondu et vous prie de croire, Monsieur, à l'assurance de ma parfaite considération.



Pascal Couchepin
Président de la Confédération suisse