

Projet présenté par les députés:

*M^{mes} et MM. Pierre Froidevaux, Jean-Marc Odier,
Hervé Dessimoz, Roger Beer, John Dupraz,
Walter Spinucci, Daniel Ducommun et Louis Serex*

Date de dépôt: 30 août 2001

Messagerie

Projet de loi

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 Fond 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 fond cantonal de réallocation des primes. Il est calculé à partir de la date d'introduction de la LAMal.

³ Ce fond 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.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames et
Messieurs les députés,

Le présent projet de loi 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. Ce projet vise à demander à l'Etat de prendre ses responsabilités vis-à-vis du financement de ses propres institutions qui, par définition, n'ont pas, en interne, de système de régulation économique.

Depuis 1996, date de l'introduction de la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie, Genève a assisté à une augmentation des primes de près de 50 %, ce qui représente maintenant, pour un grand nombre de familles, le plus lourd budget après le loyer. Tous les indicateurs, tant sur le plan fédéral que cantonal, tendent à démontrer que l'activité médicale privée n'est pour rien dans ce phénomène. Au contraire, il est à attribuer uniquement aux activités de la médecine institutionnelle.

Ainsi à Genève, l'ensemble des partenaires privés (médecins, laboratoires, physiothérapeutes, ostéopathes) représentent une charge supplémentaire pour les assurances-maladies obligatoires de 2 millions, alors que les institutions publiques (hôpitaux, soins ambulatoires des hôpitaux, soins à domicile et établissements médico-sociaux) ont prélevé chaque année 200 millions de plus aux assureurs-maladie vis-à-vis de l'ancienne LAMA ! Le coût des médicaments est aussi un facteur d'augmentation pour plus de 40 millions. Cependant, cette période a aussi été marquée par le développement de nouveaux médicaments, notamment ceux qui permettent aujourd'hui de contenir le fléau véhiculé par le virus du SIDA.

Ainsi, les grands bénéficiaires de la LAMal sont avant tout les institutions publiques dont le financement se fait aujourd'hui à travers un système dit d'assurances, mais qui cache de plus en plus mal un aspect de taxes personnelles. Ce système fiscal encore plus féodal que fédéral est imposé chaque année par le Conseil fédéral et s'exerce au niveau cantonal sans voies de recours possibles. Il entraîne un déficit démocratique important puisque le citoyen n'a pas prise sur cette fiscalité qui lui est ainsi infligée. Il devient urgent de le rétablir dans ses droits en relançant le débat du financement des institutions publiques. C'est la première volonté de ce projet de loi.

La LAMal, nouvel instrument pour financer les institutions publiques, mais qui se révèle sans limites

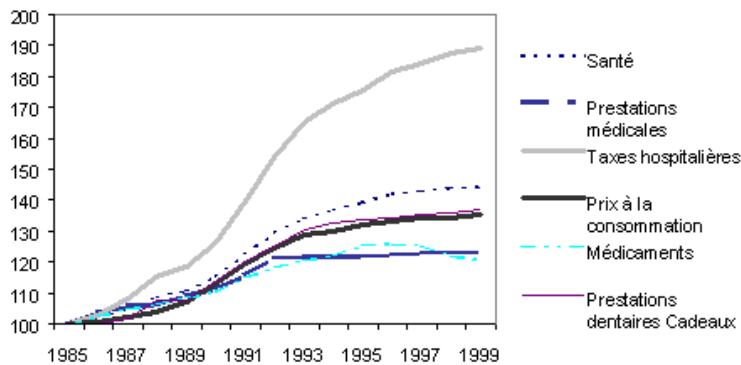
Lors des débats de 1995 qui ont conduit à l'adoption par la peuple de la LAMal, le message du Conseil fédéral expliquait clairement les buts de la nouvelle loi. Elle devait être plus solidaire et plus concurrentielle et se révéler neutre sur le plan économique vis-à-vis de l'activité médicale privée. Par contre, le Conseil fédéral avait annoncé «des hausses limitées dans le temps» en raison des nouvelles prestations offertes, à savoir le meilleur financement des hôpitaux publics, des EMS et des soins à domicile. En connaissant les appétits économiques coutumiers des institutions d'Etat, le législateur fédéral avait prévu un garde-fou, qui s'est révélé par la suite inefficace : ces institutions ne pouvaient bénéficier de la manne de l'assurance qu'à la condition expresse qu'elles entrent dans un processus de planification. Or, la planification hospitalière n'a pas été populaire. A Genève, la fermeture de la Clinique d'altitude de Montana a été rejetée par le peuple, à l'instar des autres réformes, qu'elles soient neuchâteloises, vaudoises, fribourgeoises ou encore valaisannes. En l'absence de planification, le Conseil fédéral ne fait qu'espérer chaque année que la hausse des primes soit contenue en proclamant «s'attendre que la loi déploie tous ces effets», c'est-à-dire que les cantons arrivent à diminuer leur appétit vis-à-vis de la LAMal. Année après année cette prêche reste un vœu pieu.

Cet échec systématique oblige à relancer le débat du financement des institutions médicales publiques. Faut-il qu'elles le soient à travers l'impôt, résultat de décisions populaires, ou faut-il persister à les lier à une pseudo assurance-maladie qui obère toujours plus dans le porte-monnaie des plus faibles, sans que ceux-ci n'aient la moindre voie de recours ?

Le graphique ci-après est éloquent. Au cours de ces vingt dernières années, l'évolution des coûts de la médecine en Suisse serait restée inférieure à l'augmentation de l'indice des prix à la consommation sans l'escalade des coûts des hôpitaux publics. Dans les années quatre-vingt dix, leur augmentation fut même exponentielle et n'a pu être (modérément) limitée que par des AFU (Arrêtés Fédéraux Urgents). Ces AFU avaient pesé très lourd dans la campagne de soutien à la LAMal, puisque le Conseil fédéral avait prédit l'explosion des coûts en cas de non-acceptation de cette nouvelle loi, censée obliger la planification des établissements d'Etat. La nécessité d'imposer aux institutions médicales publiques un meilleur contrôle des coûts

ne date donc pas d'aujourd'hui ! Mais le travail politique reste encore et toujours à faire ! C'est une affaire de volonté.

Evolution de l'indice des prix des prestations sanitaires



Source: OFAS: Statistique de l'assurance-maladie 1999

Sur le plan cantonal : les coûts de la santé

Depuis l'introduction de la LAMal, le gouvernement genevois n'a pas encore pu ou su établir de documents permettant de disposer d'une vue générale des coûts de la santé dans le canton !

Le gouvernement a cependant répondu le 15 décembre 2000 à une interpellation urgente déposée le 26 octobre (!), qui demandait l'évolution des postes à charge de l'assurance-maladie obligatoire de 1995 à nos jours. Si le gouvernement genevois a mis 50 jours pour y répondre, il est à espérer que son explication puisse être considérée fiable ! Elle se trouve au Mémorial, dont le fac-similé est reproduit ci-après.

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

	1996		1997		1998		1999	
	GE	CH	GE	CH	GE	CH	GE	CH
Médecins	850	482	955	493	1062	522	953	522
Hôpitaux stationnaires	497	497	499	488	522	502	563	500
Hôpitaux ambulatoires	117	150	119	159	134	180	258	211
Médicaments	460	325	485	347	552	379	569	402
EMS	175	92	220	124	209	153	214	163
Soins à domicile	15	19	19	27	24	32	31	33
Physiothérapeutes	116	55	113	55	115	58	102	61
Laboratoires	115	49	102	46	125	64	132	67
Chiropraticiens	54	8	13	8	13	8	13	8
Autres	75	51	118	60	90	63	92	68
TOTAL	2534	1728	2803	1828	2940	1945	2928	2016
MOYENNE			1996-1997		1997-1998		1998-1999	
			+ 3 %	+ 6 %	+ 12,9 %	+ 6,6 %	- 0,4 %	+ 3,6 %

obligatoire.

Analyse des chiffres présentés par le DASS

Pour avoir une idée de ces nouveaux flux financiers imposés par la LAMal, il est indispensable de connaître le coût des primes 1995. Celles-ci ne figurent sur aucun document officiel. Ils doivent être estimés par recoupement : la médecine privée, comme les autres soins pratiqués par les privés (physiothérapie, laboratoires & chiropratique) n'ont pas augmenté entre 1995 et 1996 comme en atteste l'OCSTAT (La santé en chiffres N° 24, pages 143-145, 1998) et les statistiques générales sur le plan suisse (cf. le graphique de la page : 4) ; l'activité hospitalière stationnaire ou ambulatoire a progressé régulièrement, à l'image des années précédentes. Enfin, les EMS et les soins à domicile n'étaient quasi pas pris en charge par l'ancien système d'assurance. Il faut donc les considérer comme des prestations nouvellement et totalement prises en charge depuis 1996.

	1996	1999	Variation
Médecins	950	953	+ 3
Hôpitaux stationnaires	497	563	+ 66
Hôpitaux ambulatoires	117	258	+ 141
Médicaments	460	569	+ 109
EMS	175	214	+ 214
Soins à domicile	15	31	+ 31
Physiothérapeutes	116	102	- 14
Laboratoires	115	132	+ 17
Chiropraticiens	14	13	- 1
Autres	75	92	+ 17

Ces données étant posées, il est possible d'établir le tableau récapitulatif suivant :

	95-96	1999	Ecart	
Activités institutionnelles			Soit pour 400'000ha	
hôpitaux stationnaires	497	563	+ 66	
hôpitaux ambulatoires	117	258	+ 141	
Soins à domicile	-	31	+ 31	
EMS	-	214	+ 214	
Total :			452.- /ha	Soit + 180,8 millions
Activités privées				
Médecins	950	953	+ 3	
Physiothérapeutes	116	102	- 14	
Laboratoires	115	132	+ 17	
Chiropraticiens	14	13	- 1	
Total			: + 5.- /ha	Soit + 2 millions.
Mixtes				
Médicaments	460	569	+ 109	Soit + 43,6 millions
Autres	75	92	+ 17	Soit + 6,1 millions

L'analyse de la réponse du gouvernement genevois permet de confirmer la haute responsabilité des institutions d'Etat dans l'augmentation régulière des primes, ***car cette activité institutionnelle à charge de l'assurance-maladie obligatoire a augmenté 100 fois plus que l'activité privée en 4 ans !***

A relever que les assureurs ont demandé 6,1 millions de plus pour leur travail administratif (rubrique : Autres) pendant cette même période.

Ce constat nécessite une prise de conscience de notre Conseil et les auteurs de ce projet de loi vous recommandent toute l'attention nécessaire au nouvel article proposé.

Commentaires de l'article proposé

La LAMal est certes une loi fédérale, mais elle ne trouve son application qu'au niveau cantonal. Pour combattre la hausse des primes, chaque canton doit trouver sa solution en interne. Il s'agit donc de modifier la loi cantonale d'application.

Mise en place d'un fond de réallocation des primes

Ce présent projet de loi propose d'inscrire un nouveau chapitre consacré aux mesures limitant les hausses des primes. Le principe, ici préconisé dans un nouvel article 11A, est d'empêcher les établissements publics d'augmenter leurs prestations à charge de l'assurance-maladie obligatoire plus rapidement que le secteur privé. Tout dépassement depuis 1996, soit en 1999 près de 200 millions annuels selon la réponse du DASS, sans doute 300 millions en 2002, reviendrait aux assurés genevois sous forme de subsides. Ce mécanisme devrait réduire d'environ 25 % le niveau des primes vis-à-vis de celles imposées aujourd'hui par l'OFAS. Ce mécanisme n'entraînerait cependant pas leur rétablissement au niveau de 1995. En effet, le blocage des primes par les AFU jusqu'en 1995 et les primes fédérales de la LAMA avaient abaissé artificiellement les primes d'assurance-maladie à Genève. Les AFU avaient spécifiquement interdit toute hausse aux assurances depuis 1993, le Conseil fédéral leur promettant un rattrapage en 1996 si la LAMal passait. Ce subterfuge politique permit de garantir le soutien des assurances à cette nouvelle loi ! Le second mécanisme important d'augmentation des primes en 1996 provient du fait que jusqu'en 1995, les primes étaient calculées sur le plan fédéral sans tenir compte des disparités cantonales. Seules les grandes assurances arrivaient alors à survivre, car celles-ci avaient un portefeuille suffisamment grand et varié d'assurés provenant de cantons à faible consommation médicale abaissant le niveau des primes de ceux à plus grande consommation. C'était aussi la période des grands regroupements d'assurances ; on prédisait alors que seules 2 ou 3 compagnies allaient pouvoir survivre si la nouvelle loi n'était pas adoptée. La LAMal a cantonalisé la loi fédérale en supprimant la solidarité confédérale qui régnait jusque-là en espérant aussi une meilleure concurrence entre les caisses. Ces deux mécanismes ont représenté près de 200 millions de plus pour les assurés genevois, mais qui correspondent en fait à leur consommation réelle en soins.

Genève, championne de la consommation en soins

Il est effectivement reproché aux Genevois d'être très, voire trop, friands

de l'offre de soins. La consommation médicale y serait la plus élevée de Suisse et peut-être sans point de comparaison avec le reste du monde. Le tableau ci-après est tiré des statistiques proposées par le DASS à l'adresse suivante : <http://www.ge.ch/social/balises/2000/balises20.html#top>

Il montre qu'au moins jusqu'en 2001, les primes y étaient les plus élevées, bien que le canton soit talonné par ceux de Bâle-Ville, Vaud et Jura, celui de Zurich étant représentatif de la moyenne nationale. Selon les prévisions de l'OFAS pour 2002 (<http://www.bsv.admin.ch/aktuell/presse/2001/d/01070901.pdf>), le canton de Bâle-Ville dépasserait Genève sur le plan du coût des primes de l'assurance-maladie de base. Pendant ce temps, le revenu par habitant des Bâlois est devenu le premier de Suisse !

Canton	Primes (1999)	Dont factures médecins (1999)	PIB (1997) ¹	Primes/PIB cantonal	Factures médecins/PIB cantonal
GE	2928	953	50744	5.77%	1.88%
BS	2874	721	65704	4.37%	1.10%
VD	2439	578	43772	5.57%	1.32%
JU	2407	426	31012	7.76%	1.37%
NE	2215	453	39079	5.67%	1.16%
ZH	2075	592	56048	3.70%	1.06%
FR	1958	488	37137	5.27%	1.31%
BE	1938	472	38758	5.00%	1.22%
VS	1738	412	32789	5.30%	1.26%

Tableau 1 - Comparaison de quelques primes en Suisse avec le PIB cantonal, Source: balise de la santé N° 20

¹ Dernier chiffre publié par l'OCSTAT à la page Internet suivante !
http://www.geneve.ch/statistique/statistiques/domaines/domaine.asp?domaine=econatc_onjonct&sousdomaine=econat_conjonct&vue=aperçu

Plus que le coûts, c'est l'augmentation des primes année après année qui provoque le débat politique.

La consommation est surtout fonction du revenu par habitant

Une relation directe existe entre le revenu par habitant et le montant total que chacun veut consacrer à un bien indispensable, sa santé. Ainsi, en mettant en relation le coût des primes avec le revenu par habitant, les Genevois consacrent une part de leur PIB raisonnable, ou, pour le moins, dans une fourchette comparable aux autres cantons, le Jura étant celui qui souffre de la prime la plus élevée en fonction du PIB.

Le fonds de réallocation ne combat pas la consommation, mais impose une meilleure gestion publique afin de combattre les hausses successives des primes

Tout en abaissant les primes, la mise en place d'un fond de réallocation des primes reste sans effet sur la consommation médicale à Genève. Il n'instaure ni clause du besoin, ni numerus clausus, ni carnet de santé obligatoire. Ce fonds ne peut qu'imposer un meilleur contrôle du fonctionnement des institutions publiques, ce qui est en droite ligne de ce que voulait le législateur fédéral, puis le peuple, en acceptant la LAMal.

Le fonds de réallocation établit un vrai système concurrentiel entre services publics et services privés

La création de ce fonds permet aux institutions publiques d'être conscientes de leur coût de fonctionnement. Malgré l'informatisation déjà très ancienne des services hospitaliers publics (Diogen, c'était il y a déjà 30 ans !), malgré les investissements consentis chaque année pour la remise à niveau, il n'existe aucune statistique du coût par patient, par maladie et par service. Le dernier rapport d'activité qui permettait d'avoir une vague idée remonte à plus de cinq ans. C'était celui de la Poliger dont le coût de la consultation revenait à plus de 800 F pour une facture-client de 56 F ! Les soins à domicile évoluent aujourd'hui dans le même sens avec un coût de fonctionnement au moins 5 fois plus élevé que ce qui est facturable.

Avec une telle surenchère de l'Etat, les partenaires privés ne peuvent plus offrir des prestations comparables pourtant réputées, ici comme ailleurs, comme plus économes et plus proches des désirs des patients.

Dans les discussions actuelles sur un nouveau tarif fédéral, les hôpitaux publics, de tous les cantons d'ailleurs, ont fait échouer le nouveau tarif, arguant ne pas pouvoir être prêts sur le plan informatique avant plusieurs années ! Selon eux, les prestataires de soins doivent continuer de facturer selon une structure tarifaire ayant plus de 20 ans (alors que l'on dit que la médecine fait des progrès tous les jours !) Les activités privées auraient pourtant un urgent besoin d'une adaptation tarifaire, le public non : il a la garantie de l'Etat.

La perte de revenus des institutions publiques à travers ce nouveau fonds de réallocation des primes obligerait ces institutions à davantage de collaboration avec le secteur privé qui serait soutenu dans ses besoins légitimes d'une nouvelle structure tarifaire.

Pour une amélioration des soins, il est urgent que l'ensemble des prestataires de soins mettent en place un système économique partenaire. Les activités institutionnelles devront déléguer leurs tâches à un secteur privé non subventionné, s'ils entendent poursuivre les soins à charge de l'assurance-maladie obligatoire. Cette délégation limiterait la formation aux seuls besoins de santé de la population et réglerait ainsi à terme le difficile problème de la pléthore médicale.

Par contre le refus d'un tel mécanisme conduirait inmanquablement à la catastrophe d'une médecine étatisée connue dans les autres pays qui nous entourent. Le DASS a soutenu et soutient malheureusement toujours une politique étato-centriste à l'image du dernier dossier sorti, le dossier IRIS. La tendance doit être inversée.

La transparence des comptes des assureurs

Chaque fois qu'un débat s'instaure sur les coûts des primes, il y a contestation des chiffres. La création de ce fonds impose à l'Etat de publier les montants qu'il facture aux assurances obligatoires. Depuis quelques années, les budgets et comptes de l'Etat ne font plus mention de ces flux financiers. Le projet de loi 8481, en suspens devant la Commission de la santé, entend déjà rétablir cette transparence élémentaire. En connaissant la part du secteur subventionné, il est facile de déduire la part du secteur privé. Si ce dernier secteur était ou serait responsable à l'avenir d'une montée des primes, notre Conseil en serait mieux informé et pourrait prendre des mesures adéquates.

La baisse des primes favorise une politique familiale

Les primes d'assurance-maladie des personnes à faible capacité financière sont déjà prises en charge complètement ou partiellement par l'Etat et la Confédération pour un montant cumulé de plus de 200 millions. Le système proposé ici permettrait de doubler ce montant et d'étendre ce système à tous les habitants de Genève. Ceci conduirait à une politique familiale plus active, puisque les premiers budgets soulagés seraient ceux des familles et particulièrement des plus nombreuses.

Conclusions

Les auteurs de ce projet de loi proposent à l'attention de notre Conseil un choix de société.

Refuser ce projet de loi consiste à entériner la situation actuelle. Les primes continueront d'augmenter sans contrôle, imposant à terme des primes en fonction du revenu, soit une fiscalité supplémentaire, soit une médecine étatique.

Accepter ce projet de loi consiste à se donner les moyens de contrôler le niveau des primes à Genève en leur supprimant complètement ou même partiellement leur quote-part fiscale acquise par la LAMal. Ce projet de loi favorisera les prestations de soins en redonnant à la médecine privée sa place naturelle, à la satisfaction du public et dans un esprit partenaire, à l'image de ce que le peuple avait souhaité en acceptant en 1995 la nouvelle loi sur l'assurance-maladie.