

Date de dépôt : 20 juin 2018

Rapport

de la commission des affaires sociales chargée d'étudier le projet de loi de M. Eric Stauffer modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal) (J 3 05)
(Contentieux résultant du non-paiement des primes)

Rapport de M. Thierry Cerutti

Mesdames et
Messieurs les députés,

La commission des affaires sociales s'est réunie afin d'étudier ce PL à trois reprises, à savoir le 6 et le 20 juin 2017 ainsi que le 12 septembre 2017, sous la présidence de M. Jean-Luc Forni.

M. le conseiller d'Etat Mauro Poggia et son directeur général DGAS, M. Jean-Christophe Bretton, ont participé à nos travaux.

Les procès-verbaux ont été tenus avec exactitude, respectivement par M. Stefano Gorgone et par M^{me} Virginie Moro.

Qu'ils soient ici remerciés de leur collaboration, laquelle a été hautement appréciée pour l'excellent travail accompli.

Préambule

En 2012, l'art. 64a LAMal a corrigé un dysfonctionnement antérieur, car beaucoup d'assurés profitaient du système anciennement en vigueur. Cet article a mis en place la suspension des prestations pour un assuré ne payant pas ses primes.

En fait, les pénalisés n'étaient pas les profiteurs, mais les malades chroniques ayant besoin de soins.

Suite à cela, les assureurs, ne voulant pas perdre de l'argent, ont mis en place le système suivant : l'assureur, titulaire de la créance envers l'assuré, va

faire un acte de défaut de bien (ci-après : ADB) qu'il présente au canton et ce dernier verse à l'assurance le 85% de cet ADB.

Présentation du projet de loi 12072 par M. Eric Stauffer, auteur

M. Stauffer indique que, selon le droit fédéral, les cantons doivent payer 85% des primes LAMal pour les résidents qui ne se seraient pas acquittés de leurs primes d'assurance-maladie et que l'assurance conserve le titre de la créance envers l'assuré. Selon le droit fédéral, lorsque l'assurance récupère la créance, elle doit reverser 50% de celle-ci à l'Etat. Il remarque donc que le premier problème ici est que la volonté des assureurs d'aller poursuivre les assurés pour payer n'est pas très grande, et il souligne que c'est du racket public, mentionnant que les coûts de la santé sont à 2 et augmentent à 4, ce qui crée un malaise.

Il remarque ensuite que, du moment que l'Etat a payé les 85%, en théorie et légalement, le citoyen est assuré, il bénéficie donc d'une couverture d'assurance LAMal obligatoire comme chaque citoyen. Il indique que, lorsque l'assuré va aux HUG consulter ou lorsqu'il se fait opérer, l'assurance doit payer les prestations médicales fournies, mais que l'on s'aperçoit que ce n'est pas le cas, ce n'est pas systématique.

Il précise que l'essence de son PL dit en substance qu'il faut changer de système et que ce soit l'Etat qui ait les cartes en main, et non pas les assurances-maladie, et que l'Etat paie les prestations, mais qu'il reste bénéficiaire de la créance et fasse un plan d'assainissement pour l'assuré.

Auditions de M. Eric Stauffer

Le président demande si le présent PL est pour supprimer ce qui s'applique actuellement et il demande comment on explique que les dispositions législatives permettent cela. Il demande si le fait que l'assureur ne retourne que 50% fait l'objet d'une disposition légale.

M. Stauffer répond que la commission de la santé à Berne est faite principalement d'administrateurs d'assurances-maladie. Il souligne qu'il existe l'article 64a LAMal, lequel précise que, si un citoyen ne paie pas ses primes d'assurance-maladie, pour que l'Etat paie à sa place auprès de la compagnie d'assurance, il faut être en poursuites et avoir produit un acte de défaut de biens, ainsi la compagnie d'assurance doit faire ceci pour encaisser les 85%. Il poursuit en expliquant que, dès qu'il y a un acte de défaut de biens, le service des assurances sociales va débloquent le paiement des 85% pour le citoyen en question et son assurance-maladie, ce qui signifie qu'il

aura une couverture comme les autres. Il mentionne ensuite que, pour l'assurance, qui a encaissé les 85%, il n'y a rien dans la loi qui l'oblige à poursuivre le citoyen en question, mais que si elle le fait et que le citoyen paie, y compris les frais annexes, l'assureur doit rembourser 50% à l'Etat, ce qui signifie que l'assurance en garde 50% avec les frais et les intérêts. Il constate donc que l'assureur ne va rien faire du tout. Il remarque qu'il n'a pas d'intérêt à dépenser de l'argent pour faire une démarche qui va l'amener à devoir rembourser 50%.

M. Bretton relève que cela représente 40,1 millions de francs pour 2016 et que 648 000 F ont été encaissés. Il explique que, dans ces questions de recouvrement de créances toutes confondues, le taux que l'Etat retrouve ne représente que 4%.

Un député PLR demande quelle est l'application du projet de loi proposé par rapport au droit fédéral et il précise que, dans la LAMal, il est marqué que l'acte de défaut de biens est une créance de l'assureur.

M. Stauffer répond qu'un socle minimum est fixé au niveau fédéral mais pas de socle maximum et que la loi ne dit pas qui doit rester titulaire de la créance. Quant à l'acte de défaut de biens, il relève que c'est une négociation, et il souligne que cela revient à faire une loi, qui n'est pas contraire au droit fédéral, et que l'Etat reste maître du jeu.

Un député PLR remarque donc que l'assureur, qui a un client dans cette situation d'un acte de défaut de biens, va toucher 85% de la prime, donc qu'il y perd 15%, et il demande si ce n'est pas une motivation dans ce sens d'aller poursuivre l'assuré.

M. Stauffer remarque que, en règle générale, une personne insolvable est insolvable. Il souligne qu'il faut voir ce que font les assurances-maladie des réserves. Il précise qu'il existe à présent un article de loi fédérale mis en place pour que les enfants ne puissent plus être poursuivis sur leurs primes de mineurs dès leur majorité. Il précise que ce n'est pas encore dans un article de loi cantonale mais qu'il y a des conventions avec les assureurs.

Un député UDC demande s'il faut mentionner un taux de rachat dans la loi, sachant que Neuchâtel ne rachète pas à 100% mais à 92%. Il demande ensuite si l'obligation de rachat qui figure dans la LAMal s'applique à l'ensemble des assurés, notamment à ceux non domiciliés en Suisse. Il demande enfin, concernant les rachats et les prescriptions par rapport à ce courrier, des précisions.

M. Stauffer répond qu'à sujet les HUG sont sur le grill. Il mentionne que, s'il y a fraude ou pas, cela ne le concerne pas et qu'il reste uniquement sur l'aspect politique, social, de cette équation. Il remarque que le problème de

l'attitude scandaleuse et indécente des assurances, notamment du Groupe Mutuel, est qu'ils en tirent des bénéfices pendant que les autres paient. Il répond, par rapport aux taux dans la loi, être ouvert à une autre proposition, notamment ne mentionnant pas de taux et uniquement « le paiement des primes d'arriérés », mais il souhaite que Genève conserve la main et qu'il y ait une obligation de renseigner après non-paiement de primes durant 3 mois, ce qui permet à l'Etat d'intervenir avant. Il souligne que cela n'est pas du temps ou de l'argent perdu puisque l'Etat devrait de toute façon intervenir après.

M. Bretton constate qu'il faut que ce soit une loi fédérale.

M. Stauffer remarque que cela peut être fait au niveau cantonal ou par des conventions. Il souligne que, pour contrer un lobby aussi puissant que celui des assurances-maladie, il faut faire ainsi.

Un député PLR demande au département, en lien avec sa lecture de l'article 64a al. 7 LAMal, si cette disposition est utilisée à Genève ou dans d'autres cantons, et si, le cas échéant, cela permet de réduire les subsides versés à l'assurance. Il demande également si le canton de Genève a utilisé ce chiffre 7.

M. Bretton répond que cela concerne bien les cas d'urgence. Il souligne que cela concerne bien toujours les urgences vitales alors que, à l'époque, ce n'était pas que les soins d'urgence qui étaient garantis. Il constate que c'est pour cette raison que les remarques consistant à dire qu'il faut agir en amont sont positives, puisque lorsqu'il y a un acte de défaut de biens c'est effectivement presque trop tard.

M. Bretton répond que ce n'est pas le cas à sa connaissance. Il informe qu'il faut connaître l'exposé des motifs du législateur fédéral lorsque cet al. 7 a été instauré. Il relève que la notion d'urgence médicale est relativement large et il souligne que, à partir du moment où une personne a besoin de soins d'urgence, c'est relatif.

Une députée EAG relève que cela vaudrait la peine que la commission ait un historique. Elle constate que, en 2012, les assurances ont arrêté de fournir les prestations si les primes n'étaient pas payées, alors qu'au contraire l'Etat avait mis en place des mesures pour que les personnes puissent bénéficier des soins qu'elles nécessitaient. Elle remarque que la problématique des primes non payées est importante, mais elle constate qu'il reste probablement quelque chose à négocier et qu'il y a véritablement un travail de prévention à faire.

Un député UDC demande si la commission n'est pas en train de soigner la conséquence du mal sans s'attaquer à la cause. Il souligne qu'à Genève les

gens qui ont peu de moyens sont pris en charge largement dans différents domaines. Il constate que ce n'est pas cette catégorie de personnes, soit celle prise en charge par le SAM ou l'Hospice général, qui est concernée puisque tout est payé. Il souligne donc que le problème de fond est de savoir qui est touché par ces actes de défaut de biens, quelle population cela touche et si le département a accès aux déclarations d'impôts de ces personnes touchées. Il se dit que chacune de ces personnes a meilleur temps de ne pas payer sa prime et de pouvoir aller consulter quand elle veut, plutôt que de payer sa franchise et de ne pas aller consulter quand elle le souhaite. Il demande donc une analyse sociologique des victimes d'actes de défaut de biens.

M. Bretton répond que ce sont des personnes qui ne sont juste pas dans les barèmes de l'aide sociale. Il souligne que pour 1 F de plus ou de moins les personnes peuvent être éligibles pour une prestation d'aide sociale ou pas. Il constate qu'effectivement les personnes bénéficiant de l'aide sociale ne sont pas concernées par ce système-là. Il remarque toutefois que le système est très lourd. Il remarque qu'il pourrait effectivement faire une analyse des 16 000 personnes évoquées.

Discussion

M. Poggia a rencontré un gros assureur genevois auquel il a proposé autre chose : le canton verse 85% de l'ADB et l'assureur lui cède la créance. En contrepartie, le canton s'engage à rendre les premiers 15% à l'assureur de la somme obtenue suite à des poursuites, si c'est le cas bien entendu. Cela permet au canton d'entrer dans ses fonds en récupérant les 85% qu'il a versés. L'assureur a trouvé cette proposition intéressante.

C'est pourquoi M. Poggia pense que ce PL part d'un constat juste, mais que la solution proposée va à l'encontre de ce constat.

Un député MCG demande quel est le pourcentage des créances ouvertes non recouvrées qui sont prises en compte pour recalculer la prime l'année suivante.

M. Poggia répond que cela fait 0,5% d'augmentation de prime due à ces pertes.

Un député PLR a compris que la plupart des créances en relation avec les HUG sont irrécouvrables, car il s'agit de personne à l'étranger. Est-ce vrai ?

M. Poggia répond que oui.

Une députée Verte demande si la discussion que M. Poggia a eue avec l'assureur va aboutir sur une pratique ou un PL, s'il y a un accord. Elle

précise que l'essentiel pour l'assureur est d'avoir le 100% des primes, donc c'est intéressant si les frais liés au recouvrement sont supprimés.

M. Poggia répond que cela prendra la forme d'une convention si un accord est trouvé. L'idée est de faire un accord avec les assureurs genevois, car ils ne peuvent être que gagnants grâce à ce système. Un PL ne serait pas nécessaire. Théoriquement, les 15% non payés resteront dans la comptabilité de l'assureur. Dans ces 15%, il y a des frais en effet. La question n'est pas encore claire au niveau juridique.

Un député UDC demande si la volonté est de racheter tous les actes de défaut de biens ou de les cibler en tenant compte des informations en possession de l'Etat.

M. Poggia répond que la loi oblige l'Etat à verser le 85% de l'ADB. Pour la différence, le canton prendra tous les ADB pour lesquels il aura versé les 85% et a priori il n'y aura pas de sélection.

Une députée EAG revient sur les 85%. Elle demande quelle était l'intention du législateur lorsque ce pourcentage a été fixé.

M. Poggia répond que le lobby des assurances était très fort à Berne lors de la votation de cette loi, car dans le cas contraire ce pourcentage aurait été le même, mais sans que les assureurs conservent les 100% de la créance. Actuellement, les assureurs ont l'avantage sans l'inconvénient.

Un député UDC indique que les gens qui ne paient pas leur prime ne devraient pas se voir payer ces primes par l'Etat, mais ce dernier pourrait payer les soins. Cela lui coûterait moins cher.

M. Poggia note qu'il y a le système des listes noires des personnes qui ne paient pas leurs primes, mais Genève ne l'a jamais pratiqué et M. Poggia est contre.

Discussion et vote éventuel

M. Poggia est en mesure de rassurer la commission. Le décompte qui arrive au montant de 11 431 945 millions est composé de 240 pages qui sont l'ensemble des factures ouvertes. Il faut savoir qu'il y a une situation d'avant 2012 et d'après 2012. Avant 2012 (avant l'art. 64a LAMal), lorsqu'un assuré avait de retard dans le paiement des primes, il n'avait plus le droit au remboursement des frais médicaux par exemple, ce qui était assez problématique. Cette manière de faire sous-entendait que ceux qui ne payaient pas leur assurance étaient des gens malhonnêtes, ce qui n'était pas toujours le cas (même s'il y a toujours des personnes qui profitent du système). A cette époque-là, l'Etat de Genève avait conclu des accords avec

les assureurs. En effet, l'Etat se substituait à l'assuré n'ayant pas payé l'assureur. Ce dernier ne devait pas suspendre leur prestation envers les assurés. Ce type d'accord a également été conclu avec le Groupe Mutuel. Ce dernier a décidé de sortir de cette convention au 31 décembre 2008. A partir du 1^{er} janvier 2009 donc, il y a eu un problème avec le Groupe Mutuel qui est revenu au système légal. Durant cette période de trois ans jusqu'à 2012, la situation était lourde avec une accumulation des dettes et de procédures. En effet, des procédures ont été engagées par le service de l'assurance-maladie et par les HUG pour des factures ouvertes, car pour les hospitalisations stationnaires, il y a le système du tiers garant (donc l'hôpital a un droit direct contre l'assureur).

Finalement, le directeur général des HUG de l'époque a décidé de rencontrer le directeur général du Groupe Mutuel pour en venir à un accord. Grâce à cet accord, l'intégralité des poursuites et procédure contre le Groupe Mutuel ont été retirées et ce dernier a réglé intégralement sa dette (6 240 000 millions). Il n'y a eu donc aucun abandon de créances des HUG à l'égard du Groupe Mutuel. Il s'agit un peu d'un non-incident, d'une péripétie.

Un député UDC aimerait savoir quel est le pourcentage des personnes qui ne paient pas leur prime à Genève.

M. Bretton répond qu'il y a 100 000 personnes qui ont un subside à Genève (60 000 avec un subside partiel et 40 000 avec un subside complet). Les personnes qui ne paient pas et n'ont pas de subsides sont environ 4000.

Une députée PLR demande si ce ne serait pas l'occasion d'inscrire ces 92% dans ce PL grâce à un amendement.

M. Poggia répond que les assureurs n'ont aucune obligation de continuer les démarches contre les débiteurs après avoir reçu les 85% de l'ADB. Si l'obligation de poursuivre est inscrite dans une loi, ce serait contraire au droit fédéral. En revanche, si une obligation pour le Conseil d'Etat de payer à 92% est inscrite dans la loi, il ne sera pas possible d'inscrire la contrepartie qui est la cession de l'ADB. C'est pour cette raison que ce PL ne permet pas d'arriver à une solution satisfaisante. C'est uniquement avec un accord conventionnel avec les assureurs qu'une solution peut être trouvée.

Une députée EAG demande s'il serait possible d'inclure des dispositions relatives à la manière dont les choses se font, notamment un moyen d'agir sur la pratique des caisses, par exemple qu'elles donnent un signal pour que les personnes concernées soient aidées par des structures de désendettement.

M. Poggia pense qu'il est possible d'être plus efficace. Il y a une procédure facilitée dans certaines situations où les assureurs ne sont pas obligés d'aller jusqu'à l'ADB. Toutefois, il n'est pas souhaitable d'attendre

trop longtemps avant d'envoyer les sommations et les poursuites, car les dettes s'accumulent. Trois mois semblent être un délai raisonnable. Il faudrait mettre en place un système d'alerte au canton qui permettrait de voir si la personne en question fait déjà l'objet de poursuites et s'il y a lieu de penser que les nouvelles poursuites n'aboutiraient à rien. Il ne s'agit pas d'être l'oreiller de paresse des gens qui ne paient pas leurs dettes, car cela pose problème. Une fois qu'il y a le commandement de payer, il est possible d'éviter qu'il y ait une réquisition de poursuite qui précède l'ADB, car cela prend du temps. Si une convention est créée, des méthodes de simplifications seront intégrées.

Une députée Verte est en accord avec l'idée de convention de M. Poggia. Elle souligne que les primes d'assurance-maladie sont prioritaires en matière de poursuites, excepté celles du SCARPA qui passent encore avant. Au sujet des trois mois de prime avant sa prise en compte dans le minimum vital, elle signale que, dans le cadre d'une convention et dans un système de signalement, l'Etat de Genève a mis en place le programme de lutte contre le surendettement (avec Caritas et le CSP) qui permet d'éviter un contentieux plus important.

Elle demande, dans le cas d'une personne ayant un contentieux auprès d'une assurance, si elle pourrait changer d'assurance même si l'Etat lui a payé les 85% de la créance.

M. Poggia indique que la loi est claire. Une personne ne peut pas quitter un assureur tant qu'il a des dettes. Toutefois, la dette est prise en charge par le canton dans le cas de jeunes qui deviennent majeurs et qui ont des dettes de primes contractées durant leur minorité et qui les suivent durant leur majorité.

Concernant les autres cas qui ne bénéficient pas d'un paiement intégral, ils ne peuvent pas changer de caisse et il n'y a pas de dérogation possible selon le droit fédéral. Par conséquent, même si l'Etat a payé le 85% d'une créance, il reste une dette, donc l'assuré concerné ne pourra pas changer de caisse (contrairement aux jeunes).

Un député UDC trouve que la solution trouvée pour les jeunes est positive. Il aimerait savoir combien de jeunes sont concernés par cette situation.

M. Poggia répond qu'un PL fédéral propose d'obliger les parents (ayant les moyens) à payer la prime de leur enfant jusqu'à 25 ans, qu'il fasse quelque chose ou non. Il émet quelques réserves au sujet de ce PL. En effet, s'il est considéré que le parent a une obligation de paiement envers son enfant jusqu'à 25 ans, par exemple, ce dernier pourrait se retourner contre ses

parents (dans le cas extrême où l'enfant est mis à la porte par ses parents) s'ils ne s'acquittent pas de leur obligation, ce qui n'est pas souhaitable. M. Poggia ne voit pas de solution immédiate. Par conséquent, il émet une réserve sur ce genre de solution qui peut avoir plus d'inconvénients que d'avantages.

Discussion et vote

Le président met aux voix l'entrée en matière du PL 12072 :

L'entrée en matière sur ce PL 12072 est refusée à **l'unanimité**.

Commentaires du rapporteur

Mesdames et Messieurs les députés, la commission des affaires sociales a refusé à l'unanimité ce projet de loi modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal) (J 3 05) (Contentieux résultant du non-paiement des primes) et vous invite à en faire de même.

Projet de loi (12072)

modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal) (J 3 05) (Contentieux résultant du non-paiement des primes)

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

Art. 1 Modifications

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

Art. 10A, al. 2, lettre b (nouvelle teneur), al. 3, lettre b (nouvelle teneur), al. 5 (nouvelle teneur) et al. 6 et 7 (nouveaux)

² Les assureurs lui annoncent :

- b) les débiteurs concernés et, pour chacun, le montant total des créances relevant de l'assurance obligatoire des soins (primes et participations aux coûts arriérées, intérêts moratoires et frais de poursuite) pour lesquelles un acte de défaut de biens ou un titre équivalent a été délivré durant la période considérée, en vue d'une prise en charge totale par le canton.

³ Par règlement, le Conseil d'Etat :

- b) précise les conditions et les modalités de la prise en charge totale des créances ainsi que les procédures y relatives;

⁵ Le service de l'assurance-maladie paye au nom et pour le compte du débiteur le 100% des primes arriérées et des frais de poursuites. Le service de l'assurance-maladie reste le seul titulaire de la créance envers l'assuré.

⁶ Les créances irrécouvrables remboursées aux assureurs sont imputées sur le budget global des subsides cantonaux et fédéraux, au sens de l'article 66 LAMal.

⁷ La sous-traitance du recouvrement des créances est interdite aux assureurs.

Art. 11 (abrogé)

Art. 2 Entrée en vigueur

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