

**Réponse à l'interpellation urgente IUE 19 de M. Pierre Froidevaux, du  
7 décembre 2001, demandant la réponse à la  
motion 1433 exigeant la transparence des caisses maladie pratiquant  
l'assurance-maladie obligatoire, telle que prévue par la LAMal  
notamment par les articles 21 et 21a**

1. Il convient de rappeler que différents facteurs influencent la fixation des primes dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins LAMal. Pour 2002, les primes sont calculées sur la base des composantes suivantes :
  - comptes des années précédentes (1999-2000);
  - budget de l'année en cours (2001);
  - tendances et extrapolations pour l'année en cours (2001);
  - compensation des risques définitifs pour l'année précédente (2000);
  - compensation des risques provisoire pour l'année de calcul des primes (2002);
  - pronostics des cantons et des assureurs pour l'année de calcul des primes (2002).
  
2. De plus, les facteurs suivants déterminent également l'évolution des primes :
  - évolution des prix (accords tarifaires en suspens/futurs);
  - recours/jugements en suspens;
  - évolution quantitative (volume de prestations);
  - changement de type d'assurance (augmentation de la franchise annuelle, passage à des assurances HMO avec bonus, etc.);
  - démographie;
  - augmentation ou diminution prévues des effectifs des assurés (qui se répercutent sur la compensation des risques et, en cas d'augmentation du nombre d'assurés, sur la constitution des réserves);
  - autres facteurs (par exemple, résultats boursiers, etc.).
  
3. On peut donc facilement se rendre compte que la fixation des primes est devenue extrêmement complexe avec l'entrée en vigueur de la LAMal. Elle est devenue à ce point complexe que plus personne n'y comprend grand chose – il n'en demeure pas moins que le système est celui qui a été décrit ci-dessus. Il n'est pas possible de tirer un parallèle simple, linéaire et exhaustif entre l'évolution des coûts auprès de tel ou tel prestataire de soins et le niveau des primes d'assurance-maladie.
  
4. Puisque l'auteur de l'interpellation semble particulièrement s'intéresser à cet aspect des choses, nous nous livrons néanmoins ci-dessous à une analyse des derniers chiffres relativement fiables à notre disposition :
  - 4.1 Sur la base des renseignements transmis par les assureurs au service de l'assurance-maladie (SAM) et agrégés pour l'ensemble du canton, on voit que les coûts par assuré ont augmenté, entre les comptes 2000 et les comptes provisoires 2001 (projection au 31 décembre 2001 des comptes au 30 juin 2001) de 6,3 % pour l'ensemble des prestataires de soins.

- 4.2 Les domaines suivants ont connu une augmentations des coûts supérieure à la moyenne cantonale de 6,3 % :
- physiothérapie (+ 19 %),
  - moyens et appareils auxiliaires (+ 12 %),
  - hôpital ambulatoire (+ 8 %)
  - EMS (+ 9 %),
  - laboratoires (+ 9 %).
- 4.3 Les domaines suivants ont connu en revanche une évolution des coûts inférieure à la moyenne cantonale de 6,3 % :
- médecine ambulatoire (+ 6 %),
  - hôpital stationnaire (+ 5 %),
  - médicaments délivrés par les médecins (+ 4 %);
  - médicaments délivrés en pharmacie (+ 3 %);
  - aide à domicile (+ 5 %).
- 4.4 En outre, les tarifs des chiropraticiens et la médecine complémentaire n'ont pas augmenté du tout.
- 4.5 A relever que les chiffres ci-dessus sont extraits, comme il a été dit, des documents que les assureurs remettent à l'OFAS au mois de juin de chaque année pour la détermination des primes de l'année suivante. C'est sur ces documents que se fonde l'office fédéral pour approuver ou non les primes demandées par les assureurs.
- 4.6 Il convient également de mentionner que ces chiffres ne correspondent pas à ceux publiés par *santésuisse* (anciennement Concordat des assureurs maladie suisse – CAMS). En effet, *santésuisse*, pour des raisons qui nous échappent, a décidé de publier dorénavant une statistique dite «des factureurs», qui nécessite quelques clarifications :
- a) auparavant, les statistiques du CAMS se basaient sur les coûts imputables aux assurés du canton. Par exemple, pour le canton de Genève, l'ensemble des coûts imputables aux assurés genevois (qu'ils aient été traités à Genève ou ailleurs) étaient comptabilisés et retranscrits dans les statistiques;
  - b) dorénavant, dans sa statistique des factureurs, *santésuisse* se base sur l'ensemble des factures émises par les prestataires situés dans un canton. Par exemple, dans le canton de Genève, les factures de l'ensemble des médecins seront répertoriées, que ces médecins aient soigné des patients genevois ou provenant d'autres cantons. Il s'agit là d'une distorsion aberrante puisque, jusqu'à nouvel avis, les primes sont, elles, déterminées sur la base de la consommation médicale des assurés d'un canton et non pas des factures émises par les prestataires de soins sis dans ce canton.
5. Au niveau suisse, l'OFAS a par ailleurs donné des renseignements relatifs à l'augmentation des coûts bruts de 2001 à 2002 dans le cadre d'une conférence de presse du 5 octobre 2001 concernant les primes d'assurance-maladie 2002. Dans ce cadre, on voit que les augmentations les plus importantes concernent :

- les médicaments dispensés par les médecins (6,8 %),
- les traitements ambulatoires à l'hôpital (6,6 %),
- les hospitalisations (6,7 %),
- les médicaments dispensés en pharmacie (5,8 %),
- les laboratoires (5,6 %),
- les chiropraticiens les physiothérapeutes (5,4 %),
- les cabinets médicaux (5,2 %),
- les EMS (4,4 %),
- l'aide à domicile (4,3 %).

Bien entendu, les chiffres en pourcentage peuvent refléter des chiffres en francs largement différents, par exemple, entre les chiropraticiens et les cabinets médicaux.

6. En ce qui concerne le suivi des résolutions du Grand Conseil, voici quelques éléments de réponse :
- 6.1 La résolution R 350 demandant une comptabilité analytique aux assureurs-maladie avant toute nouvelle hausse de primes, adoptée par le Grand Conseil le 29 octobre 1999, a été adressée par le Conseil d'Etat et le Grand Conseil, le 3 novembre 1999, au Conseil fédéral et à l'Assemblée fédérale.
- 6.2 Cette résolution a été suivie par la R 410, résolution du Grand Conseil genevois à l'Assemblée fédérale exerçant le droit d'initiative cantonale à propos de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Cette initiative, déposée par le 19 novembre 1999 à l'Assemblée fédérale, a été rejetée par la commission de sécurité sociale et de la santé publique (CSSS) le 23 octobre 2000 (voir exposé des motifs de la R 436).
- 6.3 Le Grand Conseil a donc voté, le 16 février 2001, la résolution R 436 demandant la transparence et la publication des comptes des assurances-maladie. Suite au dépôt de cette résolution auprès de l'Assemblée fédérale, la commission de la sécurité sociale et de la santé du Conseil des Etats (CSSS) a auditionné, le 9 juillet 2001, Mmes Elisabeth Reusse-Decrey, présidente du Grand Conseil, Maria Anna Hutter, sautière du Grand Conseil, et M. Philippe Glatz, député. Cette initiative cantonale 01.302 «Assurance-maladie. Transparence et publication des comptes» est actuellement en suspens auprès de la CSSS du Conseil national, de même que le postulat du Conseil des Etats 01.3423 «Réserves des caisses-maladie. Assurer la transparence», qui en résulte.
7. En conclusion, les informations données ci-dessus sur les prestataires qui sont à l'origine de l'augmentation des primes le sont dans les limites du système décrit aux points 1 et 2. C'est bien volontiers que le département de l'action sociale et de la santé, et sa direction de l'action sociale en particulier, poursuivra son dialogue avec le député Froidevaux sur ce dossier – malheureusement ! – aussi brûlant qu'inépuisable.

  
Pierre-François UNGER