

Date de dépôt: 2 novembre 2005

Messagerie

Réponse du Conseil d'Etat

à l'interpellation urgente écrite de M. Gilbert Catelain : Primes maladies: Genève est-il condamné à devenir un malade incurable de la solidarité ?

Mesdames et
Messieurs les députés,

En date du 7 octobre 2005, le Grand Conseil a renvoyé au Conseil d'Etat une interpellation urgente écrite qui a la teneur suivante :

Comme chaque année, malheureusement, les genevois sont condamnés à subir la hausse inexorable des primes d'assurance maladie.

Les citoyens de ce canton sont à la fois révoltés et résignés devant ce cancer qui, année après année, ronge leur pouvoir d'achat, les primes maladies ne figurant pas dans le panier pris en compte pour le calcul du coût de la vie.

Selon le Conseil fédéral, les primes d'assurance maladie ont augmenté de 70% en 9 ans alors que l'inflation n'a été que de 13% à Genève en 13 ans et de 11% en Suisse.

En résumé les primes d'assurance maladie ont globalement explosé de 60% en valeur nette depuis l'introduction de la LAMal. En valeur nette chaque citoyen de ce canton doit verser 160 francs de plus que l'année de l'introduction de la LAMal.

Une telle évolution incontrôlée met en danger l'un des piliers de notre système social, en particulier sa fonction de solidarité entre citoyens et générations. Cette évolution va jusqu'à miner ce principe de solidarité, à tel point que l'association « Stoplamal » a trouvé le slogan suivant « La LAMal c'est être assuré contre son gré pour se faire racketter par solidarité ».

Si la situation devait perdurer, il y a fort à parier que la LAMal deviendra le problème de société no 1 après le chômage. Comment peut-on demander à une famille de 5 personnes de payer 800 francs de plus par mois pour moins de prestations, de telle sorte que les primes d'assurance maladie sont devenues ou vont devenir pour la majorité de la classe moyenne le premier poste budgétaire, avant les impôts, le loyer et la nourriture.

Si aucune mesure sérieuse n'est prise pour inverser cette tendance inexorable, dans moins de 40 ans, le domaine de la santé absorbera l'ensemble de la richesse produite dans ce pays.

Sans vouloir jeter la pierre à l'un ou l'autre des acteurs du domaine de la santé, il m'importe de comprendre comment dans une société qui réalise année après année des gains de productivité¹ le citoyen, y compris les enfants, puissent en moyenne consommer 60% de soins en plus. Comment expliquer que le citoyen genevois puisse ingurgiter 60% de médicaments en plus. Comment expliquer que le citoyen genevois consulte 60% de soins en plus, sans que ni l'effectif de la population, ni le taux d'absentéisme dans les entreprises n'ait progressé dans de telles proportions ?

Certes le Conseil d'Etat nous livre des éléments de réponse sur son site internet ou dans son rapport à la motion 1438, où l'on découvre par exemple que les coûts genevois ont explosé sous l'ère radicale du Conseiller d'Etat Guy-Olivier Segond, qui a ouvert grand les vannes des engagements et des réévaluations de fonction, puis a quelque peu ralenti pour se maintenir à un niveau encore élevé sous l'ère démocrate-chrétienne de l'actuel Conseiller d'Etat Pierre-François Unger.

Si un parallèle annuel entre primes et coûts ne peut pas être établi, sur le long terme, par contre, c'est le cas. D'ailleurs le Conseiller fédéral Couchepin ne s'est pas privé d'attribuer la faute de l'explosion des coûts aux cantons.

Du point de vue de l'UDC plusieurs facteurs peuvent expliquer cette hausse non maîtrisée des coûts :

Hausse des effectifs des personnels de santé (Public/privé, notamment dans le cadre de la réduction de la durée du travail des médecins hospitaliers).

Augmentation de la masse salariale dans le cadre des réévaluations de fonction successives des personnels publics.

Hausse du nombre d'actes réalisés par personnel de santé et/ou augmentation des personnels actifs dans le domaine de la santé.

¹ La politique de réduction de lit en est un exemple, quoique à Genève cette politique va coûter au contribuable dans les années à venir 200'000 francs par lit supprimé.

Hausse de la consommation de médicament par habitant en volume et en coût, malgré la prescription de génériques.

Prise en charge par les assurés payeurs d'assurés non payeurs en situation illégale (décision de l'OFAS du 10 décembre 2002 d'admettre les sans-papiers dans l'assurance obligatoire de base des soins).

Hospitalisation en raison d'un manque de places dans les EMS.

Coût ou différence de coût à charge des assurés genevois des actes pratiqués à Genève au profit des non-résidents.

Tourisme médical.

Participation de la LAMal aux prestations privées.

Cette liste n'est pas exhaustive et ne peut, sans évaluation chiffrée, permettre d'expliquer l'hémorragie des coûts de la santé.

Dès lors ma question est simple :

Le Conseil d'Etat peut-il déterminer, quantifier en francs par assuré, expliquer et justifier quels ont été les facteurs de hausse et par prestation au cours de ces dix dernières années ?

REPONSE DU CONSEIL D'ETAT

1. Contexte général

Le Conseil d'Etat et le Département de l'action sociale et de la santé (DASS) sont très conscients du poids que représentent les primes de l'assurance obligatoire de soins (AOS) pour les citoyens et les familles. La situation est particulièrement difficile pour les familles modestes et celles qui font partie de la classe moyenne et qui ne reçoivent aucune aide de l'Etat. Cela est d'autant plus préoccupant que le coût de l'AOS constitue une partie seulement des coûts de la santé. Ceux-ci se composent en effet des éléments suivants :

Tableau No 1 - *Financement du système de la santé en Suisse*²

Financement du système de la santé en Suisse	%
Primes de l'assurance-maladie	37,2
Frais de santé pris en charge par d'autres régimes d'assurance sociale (assurance-accident, assurance-vieillesse et survivants, assurance-invalidité)	7,6
Frais incombant aux assurés et payés de leur poche (frais non pris en charge par l'AOS, franchises, participation aux frais)	30,0
Subventions versées par la Confédération, les cantons et les communes via les impôts (financement des hôpitaux, subsides, prestations complémentaires, etc.).	25,2

A Genève, les primes de l'AOS (primes moyennes « tous assurés confondus ») sont passées de F 216 par mois et par assuré, en 1996, à F 341 en 2005, ce qui représente une augmentation de F 125 par mois (la prime moyenne « tous assurés » pour 2006 ne figure pas encore dans la statistique de l'AOS). Il faut relever, à cet égard, que les primes se différencient selon les trois groupes d'assurés (enfants, jeunes adultes et adultes). Elles ont évolué de manière différente, comme le montre le tableau ci-dessous.

² Statistique de l'assurance obligatoire de soins 2003, T 9.07 - flux financiers dans le système suisse de santé en pourcentage du total du coût du système de santé, Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Tableau No 2 - Evolution des primes AOS (mensuelles et moyennes) à Genève

Année	Enfants (0 - 18 ans) ³	Jeunes adultes (19 - 25 ans) ⁴	Adultes ⁵	Tous assurés ⁶
	Montants	Montants	Montants	Montants
1996 ⁷	82	184	262	216
1997	82	197	281	235
1998	82	192	293	242
1999	81	200	298	246
2000	86	211	320	264
2001	89	244	336	278
2002	95	269	364	299
2003	101	304	390	322
2004	103	320	398	329
2005	105	345	411	341
2006	107	356	426	
Hausse générale 1996-2006	25 soit 30,5 %	172 soit 93,5 %	164 soit 62,6 %	125 ⁸ soit 57,9 %

2. Augmentation des coûts de l'AOS depuis l'introduction de la LAMal

Appréhender et comprendre les facteurs qui sont à l'origine de l'augmentation des coûts et des primes de l'assurance-maladie est un exercice complexe. Si de nombreux articles ont été publiés sur le bilan de la LAMal après dix ans d'application, il manque encore une analyse scientifique et globale pertinente. L'augmentation des coûts et des primes résulte à l'évidence d'un faisceau de raisons, dont certaines sont d'ailleurs mentionnées par l'interpellateur. Sont également en cause, l'augmentation du coût des prestations et de leur nombre, les attentes des personnes malades et les pratiques des fournisseurs de prestations. Viennent encore s'ajouter à ces facteurs, des éléments inhérents au système même de la LAMal, tels que

³ Statistique AOS - T 3.05 et T 3.06

⁴ Statistique AOS - T 3.03 et T 3.04

⁵ Statistique AOS - T 3.01 et T 3.02

⁶ Statistique AOS - T 3.10

⁷ Les valeurs pour 1996 ont été révisées. Elles concernent l'année de l'introduction de la LAMal et sont à interpréter avec réserve en raison de données en partie incomplètes.

⁸ Hausse générale 1999-2005

l'évolution des réserves et de la compensation des risques, qui contribuent à un décalage entre le coût des prestations et le montant des primes. C'est la raison pour laquelle Genève joue un rôle très actif pour tenter de faire changer les choses dans ce domaine, dans le cadre, bien entendu, de ses compétences (cf. point 3 ci-après).

En réponse à la demande de l'interpellateur, l'évolution des coûts de l'AOS au cours des dix dernières années figure dans l'annexe du présent document, de même que l'analyse publiée par le DASS en septembre 2005, sur les coûts de l'AOS à Genève. Ce dernier document est également accessible sur le site internet du DASS (<http://www.etat.geneve.ch/dass/site/social/assurance-maladie/master-main.jsp>).

Il ressort des tableaux de l'annexe qu'en 2005, le coût total estimé des prestations de l'AOS par assuré, en moyenne suisse, a été de F 2'741. Cette somme se répartit entre les soins ambulatoires, à raison de 68,4 %, et les soins «intra-muros», à raison de 31,6 %. Les soins ambulatoires ont augmenté de 64,3 % entre 1996 et 2005 et les soins «intra-muros» de 46,6 % durant cette même période.

3. Possibilités d'intervention cantonale sur les primes de l'AOS

La fixation du montant des primes de l'AOS échappe aux cantons. Ce montant est calculé, par les assureurs-maladie, sur la base de leurs comptes de l'année précédente, des comptes extrapolés pour l'année en cours et de leurs prévisions de dépenses pour l'année à venir. Pour les primes 2006, il s'agit donc des comptes 2004, des comptes extrapolés 2005 et des prévisions pour 2006. Les montants des primes de l'AOS sont ensuite approuvés par le Conseil fédéral, en l'occurrence le Département fédéral de l'intérieur (DFI), après avoir été examinés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Les cantons, quant à eux, ne peuvent que donner leur avis et à condition seulement que la procédure d'approbation fédérale n'en soit pas prolongée.

En l'état de la législation, les cantons sont en outre confrontés, dans leurs possibilités d'influence sur le montant des primes de l'AOS, à la double entrave suivante :

l'opacité des comptes des assureurs-maladie, qui manquent à tel point de transparence que pour 2004, le canton a été dans l'impossibilité d'en vérifier l'exactitude. L'exemple le plus frappant concerne la rubrique des subsides que le canton de Genève verse à chaque assureur et dont il tient une comptabilité exacte, qui est par ailleurs auditée par l'Inspection cantonale des finances (ICF). Il s'agit donc d'une des rares rubriques dont

il peut vérifier l'exactitude et la comptabilisation. Or, un certain nombre d'assureurs, et non des moindres, n'ont pas fourni cette information de façon explicite. Le montant total des subsides concernés par cette lacune s'est élevé à plus de 100 millions de francs en 2004. Le canton n'a pu que saisir la seule possibilité d'intervention dont il disposait, à savoir adresser une demande d'explications à l'OFSP. C'est ce que le Conseiller d'Etat en charge du DASS a fait les 29 août et 5 octobre 2005. La réponse de l'OFSP à sa dernière lettre ne lui est pas encore parvenue;

la possibilité d'intervention très restreinte du canton sur les coûts de l'AOS se limite au domaine dit intra-muros. Il comprend pour l'essentiel les subventions aux hôpitaux et aux établissements médico-sociaux (EMS). Or, comme il représente moins d'un tiers des coûts totaux de l'AOS (31,6 %) et moins d'un cinquième des coûts de la santé (17,9 %), il n'offre pas une marge de manœuvre importante. En effet, les institutions concernées, en principe, ne prennent en charge que des personnes qui se trouvent dans une situation de nécessité absolue, voire d'urgence médicale.

Si les possibilités d'intervention cantonale sont donc limitées en raison des dispositions légales fédérales, cela ne signifie pas pour autant que les cantons restent inactifs. C'est ainsi qu'au fil des années, la concertation intercantonale, tant au plan romand qu'au plan suisse, s'est renforcée, ce qui permet aux instances représentatives des cantons de se positionner sur les projets fédéraux qui les concernent. A titre d'exemple, la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) s'est catégoriquement opposée au nouveau modèle de financement qui a été proposé, à la fin du mois d'août 2005, par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E). Il aurait, en effet, représenté, pour les cantons et, par conséquent, pour les contribuables un supplément de coûts d'environ 2 milliards de francs.

En ce qui concerne plus précisément le canton de Genève, il est actif dans les domaines qui, tout en entrant dans son champ de compétence, peuvent influencer favorablement le montant des primes de l'AOS. Il s'agit, pour l'essentiel, des réserves et de la compensation des risques prévues par la LAMal, de la promotion en faveur d'un recours aux soins plus réfléchi et mieux ciblé et d'un renforcement de la promotion de la santé et de la prévention des maladies.

Les réserves

La LAMal contraint les assureurs-maladie à constituer des réserves suffisantes pour supporter les coûts afférents aux maladies déjà survenues et garantir leur solvabilité à long terme (cf. article 60, al. 1 LAMal). L'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) fixe, à son article 78, alinéa 4, le pourcentage minimum que la réserve de sécurité doit atteindre. Depuis le 1^{er} janvier 2004, les réserves minimales ont été harmonisées, dans le but de renforcer la concurrence entre les caisses. Elles s'élèvent actuellement, au minimum, à 20 % des primes à encaisser pour les assureurs comptant moins de 250'000 assurés et à 15 % pour ceux qui en comptent davantage.

Le système des réserves tel qu'il est prévu par la LAMal comporte deux points faibles :

- la loi ne fixe pas de limite maximale pour la constitution des réserves alors que leur augmentation peut avoir une influence non négligeable sur la hausse des primes de l'assurance-maladie;
- la loi contraint l'assureur à constituer une réserve pour chaque nouvel assuré, celle qui a déjà été constituée pour lui restant acquise à la caisse-maladie qu'il a quittée.

Il résulte de ce système un cumul de capital dont il est difficile de cerner l'ampleur, ainsi qu'un manque de transparence. C'est pour remédier à cette situation que le DASS a soumis aux cantons romands, début 2005, une proposition de résolution demandant à l'Assemblée fédérale de créer un fonds de réserve unique, à un taux raisonnable. Cette proposition, après avoir été examinée par le Groupement latin des assurances sociales (GLAS), qui réunit les offices cantonaux de l'assurance-maladie, sera soumise prochainement à la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS).

De l'avis du canton, un fonds de réserve unique permettrait d'offrir la transparence requise, de mieux gérer les réserves liées aux assurés qui changent de caisse et d'avoir un effet stabilisateur sur les montants des primes de l'AOS.

La compensation des risques

La compensation des risques a été introduite dans la LAMal pour répondre à un double objectif :

éviter la chasse aux assurés à faible risque, qui entraîne une concurrence farouche et asociale entre les assureurs-maladie, réduire au maximum les disparités entre les primes par le biais d'une concurrence régulée.

Dix ans après l'introduction de la LAMal, on constate que cet objectif n'a pas été atteint. Il est néanmoins difficile de déterminer dans quelle mesure la situation actuelle est uniquement due à la nature et au nombre des critères retenus pour calculer les montants liés à la compensation des risques.

La CSSS-E a récemment mis en consultation un projet dans le but d'affiner les critères de compensation des risques, qui sont actuellement au nombre de deux : le sexe et l'âge. Elle propose de prendre également en considération les personnes «à risque de maladie élevée» et de passer d'un calcul rétrospectif à un calcul prospectif. Ce changement signifie que la compensation ne porterait plus sur les coûts, mais sur les risques à venir, calculés en fonction des coûts prévus. Dans son point de presse publié le 3 octobre 2005, le gouvernement genevois a exprimé de sérieux doutes quant à la modification proposée par la CSSS-E. En effet, elle impliquerait le traitement de données sensibles supplémentaires et, par l'augmentation du nombre de critères déterminant le calcul de la compensation des risques, un manque de transparence encore plus grand des assureurs à l'égard des cantons.

La promotion en faveur d'un recours aux soins plus réfléchi et mieux ciblé

Le projet e-toile, qui a pour objectif de créer un réseau communautaire d'informatique médicale et qui prévoit un dossier médical informatisé et stocké sur une carte à puce, a obtenu le soutien de la Conférence suisse des directeurs de la santé (CDS), qui voit en lui un moyen important de contribuer à la qualité et à la sécurité des soins, tout en aidant à contenir les erreurs, les examens à double et, par conséquent, les coûts. Les projets de loi y relatifs ainsi qu'un rapport divers sont pendants devant le Grand Conseil. Le Conseil d'Etat attache beaucoup d'importance à ce dossier, en particulier parce que le dossier médical informatisé constituera premièrement un outil précieux de sécurité médicale des patients et secondement de maîtrise des coûts de la santé. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) soutient également ce projet. Il a publié en août 2005, par le biais de l'OFSP, un

rapport intermédiaire traitant de l'introduction de la carte d'assuré sur le plan suisse au 1^{er} janvier 2006. Ce rapport, largement nourri par l'expertise genevoise, est une première étape en direction de la carte santé, qui servira d'accès au dossier médical partagé.

Le renforcement de la promotion de la santé et de la prévention des maladies qui, à Genève, se concrétise par des actions visant, par exemple, à encourager la mobilité et l'activité physique des personnes, valoriser une alimentation saine, lutter contre l'obésité, interdire la vente d'alcool aux jeunes, aménager des espaces non fumeurs plus nombreux et prévenir les chutes.

4. Conclusion

Dix ans après l'entrée en vigueur de la LAMal, le bilan du système de l'assurance-maladie est contrasté. S'il a permis un accès aux soins égal pour tous, il a malheureusement aussi créé des problèmes importants sur le plan économique. Il en résulte que les primes de l'assurance-maladie pèsent de plus en plus lourdement sur les assurés, en particulier sur les assurés modestes et ceux de la classe moyenne qui ne bénéficient d'aucune aide de l'Etat. Cette situation provoque également, en parallèle, une augmentation des charges de l'Etat, car le nombre d'assurés ne pouvant plus assumer ses primes est en constante augmentation.

Pour le Conseil d'Etat, une réduction des coûts de l'AOS ne peut passer que par une action conjuguée et volontaire de l'ensemble des acteurs concernés, en l'occurrence :

- les assurés, en recourant aux soins avec discernement et, par exemple, en soutenant le projet e-toile (carte médicale informatisée);
- les fournisseurs de prestations, en déterminant et en appréciant plus finement encore, le bien-fondé et l'avantage d'un soin à prodiguer;
- les assureurs, en acceptant, dans un premier temps, le principe de la transparence dans leurs comptes;
- l'Etat fédéral, en créant un fonds de réserve unique à tous les assureurs;
- le canton de Genève, en affinant encore la gestion du domaine hospitalier.

Le Conseil d'Etat poursuivra les démarches entreprises et soutiendra les actions menées dans l'objectif de stabiliser, voire de réduire les coûts de la santé, et, par voie de conséquence, de ramener le montant des primes de l'AOS dans des proportions supportables pour les assurés et l'Etat.

Au bénéfice de ces explications, le Conseil d'Etat vous invite, Mesdames et Messieurs les députés, à prendre acte de la présente réponse.

AU NOM DU CONSEIL D'ETAT

Le chancelier :
Robert Hensler

La présidente :
Martine Brunschwig Graf

Annexe**Prestations (brutes) en francs par assuré depuis 1996 (au plan suisse)⁹****Partie I - Total des prestations en francs par assuré depuis 1996 (au plan suisse)**

Année	Total des prestations	Variation par rapport à l'année précédente
1996	1'732	9.7%
1997	1'821	5.2%
1998	1'935	6.2%
1999	2'012	4.0%
2000	2'130	5.8%
2001	2'238	5.1%
2002	2'323	3.8%
2003	2'424	4.4%
2004	2'579	6.4%
2005 ¹⁰	2'741	6.3%

⁹ Statistique AOS 2004 - T 1.17 - prestations (brutes) en francs par assuré selon le groupe de coûts dès 1996

¹⁰ Estimations : seule une partie des groupes de coûts sont disponibles

Partie II - Total des soins ambulatoires¹¹ en francs par assuré depuis 1996 (au plan suisse)

Année	Soins ambulatoires	Variation par rapport à l'année précédente
1996	1'142	10.6%
1997	1'211	6.0%
1998	1'288	6.3%
1999	1'352	5.0%
2000	1'451	7.3%
2001	1'545	6.5%
2002	1'612	4.4%
2003	1'662	3.1%
2004	1'743	4.9%
<i>2005¹²</i>	<i>1'876</i>	<i>7.6%</i>

¹¹ Les soins « intra-muros » incluent les catégories « Hôpital (séjours) », « Etablissements médico-sociaux » et « Autres prestations intra-muros » ; les soins ambulatoires sont constitués pour leur part par la somme des coûts des catégories restantes.

¹² Estimations : seule une partie des groupes de coûts sont disponibles

Partie III - Soins ambulatoires par catégories de coûts en francs par assuré depuis 1996 (au plan suisse)

	<i>Dont Médecins (ambulatoire)</i>	<i>Dont Hôpital (ambulatoire)</i>	<i>Dont Médicaments (médecin)</i>	<i>Dont Médicaments(pharmacie)</i>	<i>Dont Spitex</i>	<i>Dont Physiothérapeutes</i>	<i>Dont Laboratoires</i>	<i>Dont Chiropraticiens</i>	<i>Dont Moyens et appareils</i>	<i>Dont Contributions aux HMO</i>	<i>Doat Médecine complémentaire</i>
1996								8			
1997	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-
1998	517	180	129	247	31	58	55	8	14	12	-
1999	518	204	142	258	32	60	57	8	17	12	-
2000	529	229	157	289	35	61	61	9	25	16	-
2001	548	263	174	306	37	66	63	9	24	15	3
2002	558	268	171	343	39	69	66	9	28	15	3
2003	564	290	182	352	43	66	65	9	29	15	4
2004	590	295	189	371	49	68	80	9	35	11	3
2005 ¹³	627	317	191	392	52	72	87	10	35	-	-

¹³ Estimation

Partie IV - Soins « intra-muros »¹⁴

Année	Soins «Intra-muros»	Variation par rapport à l'année précédente	Dont Hôpital (séjours)	Dont EMS
1996	590	7.9%	-	-
1997	610	3.4%	-	-
1998	647	6.1%	493	151
1999	660	1.9%	497	161
2000	679	2.9%	509	167
2001	694	2.1%	519	172
2002	711	2.5%	514	189
2003	762	7.3%	556	200
2004	837	9.7%	616	212
2005 ²	865	3.4%	653	203

¹⁴ Les soins « intra-muros » incluent les catégories « Hôpital (séjours) », « Etablissements médico-sociaux » et « Autres prestations intra-muros » ; les soins ambulatoires sont constitués pour leur part par la somme des coûts des catégories restantes.