

Date de dépôt: 3 septembre 2003

Messagerie

**Rapport du Conseil d'Etat
au Grand Conseil sur la motion de M. Pierre Froidevaux
demandant un véritable accès aux soins égal pour tous par la
concrétisation de la loi d'application de la loi fédérale sur
l'assurance-maladie (LAMal) (J 3 05)**

Mesdames et
Messieurs les députés,

En date du 14 juin 2002, le Grand Conseil a renvoyé au Conseil d'Etat une motion qui a la teneur suivante :

LE GRAND CONSEIL,

considérant :

- la loi genevoise d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie et*
- le devoir de l'Etat de garantir des soins égaux pour tous en veillant tout particulièrement à la frange de population en perte de liens sociaux,*

invite le Conseil d'Etat

à prendre toutes mesures utiles afin que les assurances soient effectivement tiers payantes selon les conditions décrites à son article 10.

RÉPONSE DU CONSEIL D'ÉTAT

1. Bref rappel

1.1 Pour la compréhension du débat, rappelons en préambule que :

- dans le système du **tiers garant**, l'assuré règle lui-même les honoraires du fournisseur de prestations, puis en demande le remboursement à son assurance ;
- dans le système du **tiers payant**, l'assureur règle directement le fournisseur de prestations ; l'assuré peut recevoir, pour information, copie de la facture du prestataire de soins.

1.2 Les bases légales auxquelles il est fait référence dans cette motion sont les suivantes :

Article 42, al. 1-2, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)

¹Sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant). En dérogation à l'article 22, alinéa 1, LGPA, ce droit peut être cédé au fournisseur de prestations.

²Assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant).

Article 10, al. 1-5, de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal)

¹ Les assurés sont tenus de payer régulièrement leurs primes.

² Les assureurs informent le département de toute procédure entreprise auprès de leurs assurés pour le recouvrement de leurs primes ou participation.

³ Les primes, franchises et participations non recouvrées sont payées par l'Etat dès la production d'un acte de défaut de biens par l'assureur.

⁴ Pour autant qu'il ait fait preuve de la diligence commandée par les circonstances et qu'il n'ait pas suspendu le versement de ses prestations, l'assureur peut demander à l'Etat le remboursement des primes, des franchises et des participations échues, sous imputation des subsides déjà versés, dès la constatation par le service de l'assurance-maladie de l'insolvabilité notoire de l'assuré.

⁵ *Dès qu'il perçoit les primes de l'Etat, l'assureur est tenu de rémunérer directement les fournisseurs de prestations.*

2. Analyse de la motion

La motion 1454 vise un double objectif:

- *garantir l'égalité d'accès aux soins pour tous les citoyens*, en mettant un terme au « tourisme médical ». Les personnes en situation précaire empochent l'argent destiné à payer les prestataires de soins, d'où rupture du lien thérapeutique, consultation d'autres praticiens puis répétition du schéma, jusqu'au renoncement à tout soin. A terme, le coût est lourd, pour la santé et les finances publiques, avec le développement de pathologies graves (tuberculose multirésistante, HIV, etc.) et l'activation de mécanismes coûteux ;
- garantir le paiement des honoraires des prestataires de soins.

Pour y parvenir, elle suggère deux solutions :

- a) mieux activer l'aide sociale, en renforçant la collaboration SAM-services sociaux, pour s'assurer que les personnes en grande précarité puissent toujours avoir accès aux soins ;
- b) appliquer l'article 10 de la LaLAMal, qui exige que les assurances prennent en charge directement les coûts des prestataires de soins lorsque les primes de l'assurance-maladie sont financées par l'Etat de Genève.

3. Pratique actuelle

Sur le plan fédéral, la LAMal entrave actuellement l'application de l'article 10 LaLAMal, puisqu'elle institue le système du tiers garant comme règle de base.

Second frein, elle prévoit en outre que, pour être institué, le système du tiers payant doit être convenu par accord entre partenaires. A signaler que tous les prestataires de soins (physiothérapeutes, infirmières, ergothérapeutes, chiropraticiens, etc.) sont parvenus à conclure des conventions en tiers payant, à l'exception des médecins, qui ne le désirent pas dans leur majorité.

Le système du tiers payant est par ailleurs déjà pratiqué pour l'ensemble des prestataires publics, dans la mesure où les assureurs et les hôpitaux publics ont conclu il y a plusieurs années une convention dans ce sens.

Sur le plan cantonal, le Service de l'assurance-maladie (SAM) applique déjà l'article 10 dans les faits lorsque les conditions spécifiées à son alinéa 4 (insolvabilité de l'assuré) sont réunies et qu'il doit couvrir les primes arriérées.

Il convient enfin de noter que, si l'article 10 de la LaLAMal devait être appliqué stricto sensu, toutes les personnes recevant un subside de l'Etat pour payer leur prime d'assurance-maladie – soit près de la moitié de la population genevoise – se trouveraient alors soumises de facto au système du tiers payant. Conséquence, l'Etat serait contraint de prendre directement en charge les primes de près de 165 000 personnes ! En revanche, si l'on s'en tient à l'esprit de la motion, il paraît raisonnable de penser que le système du tiers payant pourrait s'appliquer aux seuls assurés en situation de grande précarité – et reconnus comme tels par les services sociaux.

4. Sur le plan concret

Dans les faits, les problèmes soulevés par la motion sont déjà en voie de résolution.

4.1 Cession de créances

Depuis le 1^{er} janvier 2003, tout patient peut céder à son médecin, pharmacien, physiothérapeute ou autre prestataire de soin son droit d'être remboursé par son assureur maladie (cf. point 1.1).

4.2 Interdiction de compensation

L'interdiction aux assureurs de compenser les primes impayées par le non-remboursement des prestataires de soins – avant d'avoir obtenu la preuve de l'insolvabilité de l'assuré – est une autre piste à explorer. Sachant que Genève prend en charge les primes, participations et franchises des assurés insolubles sur présentation par l'assureur de l'acte de défaut de biens de manière rapide (30 jours au maximum après la production de cette pièce par l'assureur), les conditions légales sont réunies pour que tous les assurés aient accès aux soins.

4.3 Conclusion d'une convention pour instaurer le tiers payant

L'article 46 de la LAMal, qui règle les conditions nécessaires pour conclure une convention entre partenaires concernés afin d'instituer le régime du tiers payant, stipule que « *Les parties à une convention tarifaire sont un ou plusieurs fournisseurs de prestations, ou fédérations de fournisseurs de prestations, d'une part, et un ou plusieurs assureurs ou fédérations d'assureurs, d'autre part* » (alinéa 1).

Il devrait donc être possible à un fournisseur – ou à un groupe de fournisseurs – de prestations d’initier des discussions pour parvenir à un tel accord, de manière à garantir le remboursement de ses/leurs honoraires par les assureurs maladie.

5. Conclusion

Les pistes évoquées aux points 4.1 et 4.2 démontrent que l’Etat prend en compte les questions du motionnaire et que des démarches sont d’ores et déjà en cours pour leur apporter une réponse.

Le point 4.3 évoque quant à lui une action très concrète que pourraient entamer les prestataires de soins préoccupés par les problèmes développés dans la motion.

Il apparaît donc clairement que ceux-ci sont en voie de résolution.

Au bénéfice de ces explications, le Conseil d’Etat vous invite, Mesdames et Messieurs les députés, à prendre acte du présent rapport.

AU NOM DU CONSEIL D’ÉTAT

Le chancelier :
Robert Hensler

Le président :
Laurent Moutinot