

Date de dépôt : 21 mars 2017

Rapport

de la Commission de la santé chargée d'étudier la proposition de motion de M^{mes} et MM. Jean-François Girardet, François Baertschi, Jean-Marie Voumard, Henry Rappaz, Danièle Magnin, Sandra Golay, Christian Flury, Florian Gander, Thierry Cerutti, Pascal Spuhler, Sandro Pistis, Françoise Sapin, André Python, Francisco Valentin, Christian Decorvet, Patrick Dimier : Assurance-maladie : demandons des comptes à la Confédération et instaurons une caisse unique dans le canton de Genève

Rapport de majorité de M. Francisco Valentin (page 1)

Rapport de minorité de M. Marc Falquet (page 33)

RAPPORT DE LA MAJORITÉ

Rapport de M. Francisco Valentin

Mesdames et
Messieurs les députés,

La Commission de la santé s'est réunie à 4 reprises, soit les 2 et 9 décembre 2016, ainsi que les 13 et 20 janvier 2017, pour traiter la motion 2346, sous la présidence de M^{me} Sarah Klopmann.

Les procès-verbaux ont été tenus par MM. Sébastien Pasche et Sylvain Maechler, que la commission tient à remercier chaleureusement pour la qualité de leur travail.

Ont participé aux séances :

- M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat DEAS ;
- M. Adrien Bron, directeur général DGS ;

- M^{me} Sabrina Cavallero, dir. planification et réseau de soins, DGS ;
- M^{me} Codourey Stéphanie, secrétaire générale adjointe DGS ;
- M. Müller, chef de la planification, DGS.

Ont été auditionnés :

- M. Jean-Paul Derouette, président de l'ASSUAS ;
- M. François Paychere, président de la Cour des comptes.

Séance du 2 décembre 2016

Contexte

Le député MCG dépositaire remercie la commission et indique tout d'abord que cet objet est la suite du feuilleton sur l'assurance-maladie, mais que ce n'est pas une raison non plus de ne pas continuer à se battre sur cette thématique, qu'il juge importante pour les habitants du canton de Genève, lesquels sont lourdement et de plus en plus mis à contribution. Il indique qu'il conviendrait donc d'intervenir à nouveau en réfléchissant sur la problématique actuelle. Il relève que M. Poggia est intervenu sur la question dans son blog, selon lui, avec l'esprit de synthèse qu'on lui connaît, notamment sur le fait qu'il existe un dysfonctionnement grave : le différentiel entre le niveau des primes et le coût de la santé. Il relève que ce différentiel constitue une énigme puisque l'on a déjà maintes fois posé des questions à ce niveau, à l'instar de M. Maillard dans le canton de Vaud, sans obtenir de réponses satisfaisantes. Il se dit pour sa part convaincu qu'un coulage financier s'effectue et il rappelle que les assureurs investissent notamment dans la bourse, ce qu'il juge absurde pour un domaine tel que celui de la santé. Il estime que l'assurance-maladie devrait se rapprocher d'un modèle de répartition, comme pour l'AVS, où des assurés paieraient leurs primes chaque mois, recevraient des financements pour payer leurs frais de santé et où il y aurait des cas où les factures seraient examinées, voire retenues, mais où, sur la masse, le risque resterait minime. Il est convaincu en outre qu'il y a un problème de gestion au niveau des assurances-maladie et il relève à ce propos que la nouvelle loi sur le contrôle de l'assurance-maladie est un leurre qui essaie de faire croire que les problèmes sont réglés, alors que ce n'est pas du tout le cas, puisqu'il s'agit seulement d'une définition de ce que l'on devrait faire. Il ajoute que les caisses brassent des milliards de francs et qu'elles ont des réserves qui se chiffrent aussi en milliards. Par ailleurs, il estime que, au niveau de la gestion des réserves et de la gestion des risques, une caisse unique aurait plusieurs avantages. Il pense que le fait d'en avoir une au niveau cantonal est une bonne idée et il relève que

ce qui importe dans un premier temps est d'avoir la possibilité d'avoir une telle caisse et ainsi de rentrer dans une véritable logique fédéraliste. Il relève qu'il existe plusieurs formes de caisse unique, notamment celle d'un organisme de répartition des risques, avec les caisses maladie qui continueraient à gérer les rapports avec les clients et les aspects administratifs, mais avec une seule prime pour tout le canton, sur le modèle de l'assurance-chômage. Il souligne que c'est sur ce modèle que divers groupements se sont retrouvés. Il explique que le but de la motion est de faire pression sur la Berne fédérale pour que ce modèle soit possible. Il observe que ce modèle a été lancé par la Fédération romande des consommateurs au printemps dernier. Il souligne qu'une consultation avait été lancée par divers organismes qui s'étaient retrouvés finalement dans ce modèle-là. Il ajoute ensuite que l'une des raisons qui le poussent à opter pour un tel modèle est que le canton de Genève paie des sommes importantes, notamment des subsides et les garanties pour des actes de défaut de biens. Il considère que le canton payeur a aussi son mot à dire et demande donc, au nom du Grand Conseil et des électeurs, qu'une intervention du Conseil d'Etat soit faite à la Berne fédérale pour demander des comptes en termes financiers et laisser à Genève la liberté aux électeurs d'avoir une caisse unique, option soutenue dernièrement par 57% des votants genevois. Il observe que l'un des intérêts d'une caisse unique serait que l'on aurait quelque chose qui fonctionnerait beaucoup mieux en termes financiers que ce qui existe à l'heure actuelle et, par ailleurs, que l'on pourrait garder la pluralité des caisses maladie, en termes de services, sans avoir le gâchis financier que l'on connaît aujourd'hui.

Objectifs

Un député PLR relève qu'il s'agit en effet d'un thème récurrent et il rappelle que le parti radical avait déposé 2 résolutions en 2008 demandant, d'une part, la transmissibilité des réserves lors des changements de caisses maladie et, d'autre part, le plafonnement de ces réserves. Il souligne que, dans le même temps, le PDC déposait une autre résolution demandant la cantonalisation des réserves, laquelle a plus ou moins abouti. Il se demande s'il sert vraiment à quelque chose de demander au Conseil d'Etat d'agir, car il lui semble que le Conseil d'Etat agit déjà beaucoup. Néanmoins, il pense qu'une résolution qui prendrait la forme d'une initiative cantonale permettrait aux signataires d'aller parler de cela lors d'une audition auprès de l'une des Chambres fédérales, ce qu'il estime être un moyen supplémentaire par l'action du gouvernement genevois de faire avancer les choses. Il pense en outre qu'il serait plus pertinent de réunir 8 cantons demandant la même chose. Finalement, il estime qu'il n'y a pas d'unité de matière dans la motion, car elle parle de

sujets différents : les réserves, le mécanisme amenant à une hausse plus élevée des primes que celle des coûts de la santé et le droit pour Genève de constituer une caisse publique. Il rappelle que les deux tentatives socialistes, sur ce dernier point, ont récemment abouti à un refus en votation générale. Il pense que cette motion semble donc être quelque peu « pain et fromage » et qu'il conviendrait plutôt de se centrer sur un sujet précis, sous la forme d'une résolution.

Le député MCG dépositaire considère que le problème des réserves est complexe. Il rappelle qu'il avait lui-même traduit un article en allemand à ce sujet, avant l'apparition de la LAMal, déjà en 1993, et il observe donc qu'il s'agit d'un problème récurrent en Suisse. Il considère que le mécanisme en tant que tel est quelque chose d'important. Il lui semble pour sa part que l'assurance-maladie a une unité de matière en tant que telle. Il relève que l'on pourrait, en effet, soit réclamer des comptes à la Confédération, soit réclamer la possibilité de mettre en place une caisse unique, mais il explique que la stratégie, ici, est de jouer sur plusieurs fronts, car considère qu'il ne faut pas relâcher la pression. Il reconnaît que l'on se retrouve face à mur, mais estime qu'il ne faut pas pour autant baisser les bras. Il observe par ailleurs que les autres angles d'attaque n'ont jusqu'à maintenant pas apporté de vrais succès, même en ce qui concerne la redistribution des excédents payés par certains assurés, puisqu'au final l'on a demandé aux cantons, donc aux assurés eux-mêmes, de contribuer à hauteur d'un tiers au remboursement de ces sommes. Il considère que la multiplicité des textes parlementaires sur la question est positive puisqu'elle traduit une réelle détermination sur la question. Il estime en outre que la problématique est toujours aussi mal gérée actuellement qu'à l'époque de l'OFAS, laquelle faisait néanmoins une communication sur le calcul de ses primes. Il précise que ces explications semblaient refléter la cagnotte d'un club de boulistes mal géré. Il relève que la différence principale est qu'ils communiquent désormais le moins possible.

Un député PDC se demande si, lorsque l'on parle de différentiel entre la hausse des primes et les coûts de la santé, l'on retrouve les mêmes tendances dans les cantons alémaniques. Il précise qu'il n'a lui-même jamais trouvé ces chiffres.

Le député MCG dépositaire souligne que M. Poggia a sorti dans son blog quelques chiffres qui aident bien à l'analyse des réalités du système. Il évoque les chiffres d'Interpharma, l'association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche, qui indique que les primes augmentent plus que les coûts de la santé, sur une évaluation entre 1996 et 2013. Il souligne que les statistiques fédérales sur la santé de l'autorité fédérale sont imprécises et très

difficiles d'accès. Il observe enfin qu'il n'y a pas de démenti par rapport à ce différentiel et il considère donc qu'il s'agit d'une vérité.

Un député PDC relève que Genève a fait un grand effort pour diminuer ses coûts, avant que l'on permette aux médecins de s'installer sans contrôle, mais que, malgré cet effort, l'on avait une forte augmentation des primes. Il estime qu'il n'y a donc pas d'explications à cette différence et il désire savoir s'il y a d'autres chiffres similaires pour les cantons alémaniques, par exemple ceux de Zurich ou de Bâle.

M. Bron considère qu'il existe un sous-développement de la statistique dans le domaine de la santé, et de l'assurance-maladie en particulier, puisqu'il n'existe que peu d'obligations pour les acteurs de donner des chiffres sur lesquels l'on peut bâtir un certain nombre d'analyses. Il observe que l'on peut néanmoins faire la comparaison entre l'évolution de la prime dans certains cantons par rapport à l'évolution du coût moyen brut par assuré, mais il relève que cela ne permet pas d'établir une véritable corrélation avec les coûts de la santé. Par ailleurs, il estime que ce différentiel découle aussi du fait qu'il y avait des disparités importantes entre les cantons et que des cantons comme Berne et Saint-Gall ont eu une évolution de la prime bien inférieure à ce qu'elle aurait dû être, tandis que d'autres, comme Zurich, Vaud et Genève, ont eu l'effet inverse.

M. Poggia ajoute que les chiffres que l'on a aujourd'hui, concernant les réserves des assureurs-maladie, sont des réserves au niveau national, puisqu'il n'y a aucune indication sur la contribution de chaque canton à la constitution des réserves. Il relève néanmoins qu'ils regardent pour chaque assureur comment les réserves ont évolué ces dernières années pour se rendre compte si les Genevois ont contribué à la réduction des réserves. Il se demande si l'on a les statistiques des chiffres 2015.

M. Bron souligne que les coûts bruts à charge sont suivis trimestre par trimestre, avec un monitoring qui n'a pas une fiabilité totale, mais qu'effectivement les statistiques officielles arrivent avec plus d'une année de décalage, voire 2 ans.

M. Poggia ajoute que c'est la raison pour laquelle les primes 2017 sont fixées sur la base des coûts de l'année 2014, mais que les coûts 2015, au milieu de l'année 2016 et lorsque l'on fixe les primes 2017, ne sont pas encore connus entièrement. Il ajoute que des factures sont souvent envoyées en retard, raison pour laquelle les assureurs font des provisions pour les passifs transitoires, en somme les factures de l'année courante qui seront payées l'année suivante. Il explique donc que, si l'on prend les réserves d'un assureur au 1^{er} janvier 2014 et au 1^{er} janvier 2015, l'on voit si cet assureur a augmenté ou diminué ses

réserves. Il explique que, si l'on constate une diminution, il faut en déduire que la hausse des primes demandée aux assurés a été insuffisante pour couvrir la hausse des coûts. Or, il précise que ce que l'on constate pour Genève est que la hausse des primes a été supérieure en pourcentage à la hausse des coûts que l'on a connue. Il ajoute que Genève n'a donc pas « pompé » des réserves constituées les années précédentes pour absorber une hausse des coûts qui n'aurait pas pu être supportée par la hausse des primes de l'année considérée, mais au contraire a contribué à augmenter les réserves. Il en déduit que, si ces réserves ont malgré tout diminué au niveau national, c'est que d'autres cantons ont forcément « pompé » ces réserves. Il relève que c'est par ce type de recoupements que l'on peut constater que le phénomène qui s'est passé entre 1996 et 2013 est sans doute en train de se reproduire maintenant, malgré l'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016 de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie, loi par ailleurs passablement atténuée par rapport à ce que le Conseil fédéral voulait au départ. Il estime néanmoins que cette loi, même atténuée, reste sous-utilisée par l'OFSP et qu'il semble que la préoccupation première de l'OFSP est d'être certain qu'un assureur ne se retrouvera pas, en cours d'année, avec des ressources insuffisantes pour faire face aux factures qui lui sont données. Il ajoute que la préoccupation principale de l'OFSP n'est donc pas que les primes ne soient pas surévaluées par rapport aux coûts auxquels l'on doit faire face. Il estime qu'il s'agit plus d'un contrôle de solvabilité des caisses que d'un contrôle de l'adéquation des primes par rapport à la hausse des coûts.

M. Bron considère que la situation est tout à fait claire et que le fait qu'il n'y ait plus de publication sur le taux de réserves théoriques par canton, ce qui était pourtant le cas il y a quelques années, démontre qu'il n'y a pas le souci de préserver une certaine équité entre les cantons par rapport aux efforts effectués par les réseaux de soins dans chaque canton, mais que la préoccupation se porte au contraire sur la garantie d'une solvabilité globale pour qu'il n'y ait pas de rupture de l'activité de l'assurance.

Le député MCG considère que le système est absurde, car les réserves sont faites pour être utilisées à un moment ou un autre. Il relève que l'on se trouve dans une situation dans laquelle l'on gèle une partie conséquente du capital, alors même que l'on peut théoriquement en cours d'année demander à une assurance d'augmenter ces primes s'il y a un problème. Il estime qu'il s'agit au final d'un gâchis financier pour les assurés et il relève que les Genevois payent ce système indirectement puisque des sommes considérables sont utilisées pour les subsides et pour les actes de défaut de biens. Il considère en outre que l'on demande à l'Etat de Genève de payer sans avoir droit à la parole.

Un député S relève que l'on aborde dans les trois invites des choses tout à fait différentes et il pense que la deuxième invite pourrait en effet faire sans doute l'objet d'une résolution. Concernant la première invite, il pense que ce n'est pas encourageant de dire que le Conseil d'Etat doit faire son travail et que ça n'aboutirait sans doute pas. Concernant la troisième invite, il relève qu'une parlementaire fédérale genevoise avait affirmé qu'il ne servait pratiquement à rien de revenir à la charge avec une résolution et que la seule chance était de convaincre des cantons suisses alémaniques de rejoindre le groupe des cantons romands par rapport à la possibilité d'avoir des caisses maladie cantonales. Par ailleurs, concernant la pratique des caisses d'assurance genevoises par rapport à la constitution de réserves individuelles, il se demande si l'ASSUAS n'est pas une sorte d'observatoire de cette pratique et pourrait, au fil du temps, constituer un dossier en citant nommément un certain nombre de situations dans lesquelles les caisses maladie ont abusé en créant des réserves disproportionnées par rapport aux situations concrètes.

Le député MCG lui répond que le problème est que le lobby des assurances-maladie fait un tel travail que l'on se retrouve un peu comme David contre Goliath. Il indique avoir l'impression que plus les années passent, plus Berne bétonne la situation et rabote les droits des assurés. Il se rappelle notamment de l'action de M^{me} Dreifuss qui voulait mettre fin au système du Groupe Mutuel et de l'arrivée de M. Couchepin, proche du Groupe Mutuel, qui a mis fin à ces velléités de changer la situation. Il considère que, même si l'on est le petit caillou dans le soulier, il convient de continuer à revenir à la charge, car il observe que les autres solutions n'ont jusqu'à présent jamais abouti. Il précise enfin que cette motion est un moyen et non une fin en tant que telle. Il considère que l'on doit continuer à se faire entendre à Berne, depuis Genève, y compris depuis le Grand Conseil. Il rappelle qu'il s'agit d'une somme d'environ 300 millions dépensée par le canton pour les subsides et d'environ 90 millions pour les actes de défaut de biens. Il précise qu'il n'est plus certain des chiffres exacts et qu'il les donne de mémoire.

Un député UDC observe que l'on a des frais administratifs et de gestion des caisses maladie qui évoluent de 3,5% à 5,5% en moyenne à l'heure actuelle, qu'il y a aussi des professions dont l'impact sur les frais de santé en 2000 était de 18% et à l'heure actuelle de 8,4%, ce qui fait que l'on a une économie de plus de 3 milliards sur certaines professions et que cet argent devrait donc à un moment donné revenir dans le système. Il observe que l'on se trouve quasiment à la moitié des coûts au niveau de la distribution, malgré le fait que les prix des médicaments soient nettement plus élevés en Suisse. Il se dit donc intéressé par cette évolution des frais administratifs et il voudrait connaître le point de vue du député MCG là-dessus. Ensuite, concernant le

changement qui devrait avoir lieu entre les « bons risques » et les « mauvais risques », il pense que cela devrait mettre des caisses comme Assura qui ont tout misé sur les « bons risques » dans une situation difficile. Il se demande donc si ce changement peut potentiellement avoir un impact. Ensuite, il se demande si le député MCG considère qu'une caisse cantonale pourrait survivre dans le monde hostile des caisses maladie. Enfin, s'il ne s'agit que de donner un signe à Berne, il se demande s'il ne faudrait pas plutôt envisager une mesure, certes coercitive, mais plus efficace, consistant à proposer aux assurés genevois un compte de consignation ou de dépôt où ils verseraient leurs primes, ce qui pourrait constituer un levier pour les personnes voulant mettre en cause le système des caisses maladie.

Le député MCG estime que les frais administratifs constituent en définitive une espèce d'enfumage, car il relève qu'il est difficile d'estimer ce que peuvent coûter la constitution de réserves et l'appréciation d'une solvabilité. Il observe que l'on a maintenant tout un mécanisme de surveillance mis en place, mais il ne sait pas sur quels critères comptables les surveillants vont travailler. Il observe que l'on compare souvent le système avec la SUVA, laquelle fait pourtant tout un travail de réinsertion, et il estime que cette comparaison n'est donc pas très pertinente. Par ailleurs il observe que, si l'on a une bonne compensation des risques, l'on arrive en définitive quasiment à une caisse unique. Il relève qu'actuellement l'on n'est pas loin de cela puisque l'on a tout le monde sous le même toit. Il précise que le problème est qu'il s'agit actuellement d'un mélange d'étatisation et de privatisation puisque les statuts des caisses sont de caractère à peu près associatif, même s'il ne s'agit pas de quelque chose de très clair. Concernant la constitution d'une caisse de consignation, il relève que, au début des années 1990, un certain nombre de personnes de l'ASSUAS ne voulaient pas payer leurs caisses maladie. Il souligne que cela a posé pas mal de problèmes à ces personnes, notamment avec des risques de poursuites. Il relève qu'il s'agit d'un système similaire à celui de locataires qui ne paieraient pas leurs loyers.

Un député PDC souligne qu'un groupe s'est formé sur l'initiative citoyenne de M. de Freitas et que déjà 137 personnes se sont inscrites pour arrêter de payer leurs assurances et entendent consigner leurs primes d'assurance-maladie, mais il ajoute qu'elles ont besoin de l'avis de l'Etat pour savoir comment procéder.

Un député UDC se demande s'il n'y aurait pas un intérêt pour Genève à demander une transparence sur les efforts fournis en termes de prestations et d'efforts pour la baisse des coûts ; il se demande donc s'il n'y aurait pas un intérêt à voir où se trouvent, en Suisse, les bons et les mauvais élèves.

Le député MCG considère que le système LAMal bloque cette possibilité, que l'on a un principe général d'économicité et qu'il faudrait en fait un véritable contrôle sérieux. Il précise que la polypragmasie, qui consiste à pénaliser les médecins qui font payer trop cher, est un système absurde puisqu'il ne s'agit pas d'un contrôle véritable des factures. Il relève qu'il faudrait en outre une prise en charge directement par les diverses professions pour trouver des accords généraux et limiter le coût de la santé.

Un député UDC se demande quelle serait la meilleure économie possible, au cas où l'on arrivait à harmoniser le coût des primes avec le coût réel des soins. Il se demande si l'on se trouve vraiment sur la bonne cible et si la suppression ou la réduction de ces réserves est en définitive vraiment la solution miracle.

Le député MCG précise que, en voyant les chiffres qui sont sortis, l'on constate qu'il y a des différentiels conséquents. Il observe que l'on passe la plupart du temps environ du simple au double entre le pourcentage d'augmentation des coûts de la santé et celui de l'augmentation des primes d'assurance.

La présidente désire savoir pourquoi il ne parle que d'une caisse unique et non d'une caisse publique, et s'il imagine forcément une caisse unique non publique.

Le député MCG estime que l'on se trouve actuellement dans une caisse unique déguisée qui n'est pas efficace. Il relève qu'il aurait peut-être dû être plus diplomate dans le choix du vocabulaire et il considère que l'on pourrait changer ce dernier.

La présidente précise qu'elle demande cela avant tout car elle estime que ce n'est pas du tout la même chose.

Le député MCG lui répond que l'idée est avant tout d'aller dans le sens du développement d'une solution cantonale. Il pense néanmoins que l'on pourrait peut-être amender cette formulation.

M. Poggia désire souligner que cette motion pose en effet la problématique de nos primes d'assurance-maladie qui augmentent chaque année et que l'on se rend compte qu'à Genève il y a un consensus à reconnaître, au-delà des clivages politiques, qu'il y a un problème. Il relève que l'on parle de l'augmentation des primes chaque année, mais qu'il convient de se poser la question en premier lieu de l'adéquation entre primes et coûts de la santé. Il relève que, si c'était le cas, l'on se plaindrait en premier lieu de la hausse des coûts de la santé. Il observe qu'il faut donc se demander comment faire en sorte que nos primes soient en adéquation avec les coûts généraux, mais que cela est indépendant de la question de savoir comment faire pour que les coûts de la

santé cessent d'augmenter, notamment à cause du vieillissement de la population. Il indique que des démarches sont en cours dans le but de transpercer l'opacité existante sur le sujet et qu'il ne voit pas d'objection à communiquer sur les derniers échanges qui ont eu lieu notamment avec M. Berset. Il considère pour sa part que l'on pourrait remplacer les deux premières invites par une demande d'éléments chiffrés ; il propose la formulation suivante : « invite le Conseil d'Etat à intervenir auprès du Conseil fédéral afin qu'il invite l'OFSP à publier pour chaque assureur autorisé à pratiquer l'assurance obligatoire des soins et pour chaque canton le taux de réserve cantonal le 1^{er} janvier de chaque année, avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2012. » Il explique que cela permettrait d'avoir une vision des réserves constituées par les Genevois, les Vaudois, etc. Il précise que tout le système mis en place, qui vise à ne pas faire une prime nationale, mais cantonale, vise aussi à responsabiliser les collectivités publiques. Il relève néanmoins qu'il est gênant d'avoir un devoir de responsabilité, lorsque l'on n'a pas les manettes. Il observe en outre que Genève a fait des efforts réels en matière de maîtrise des coûts, mais il ajoute que l'on se rend compte que ces efforts n'ont pas permis d'empêcher que Genève soit désigné parmi les cancrs, mais en plus ont permis à des cantons comme Berne de maintenir des primes qui étaient en dessous de ce qu'elles auraient dû être pour couvrir leurs coûts de la santé. Il souligne que l'on doit savoir comment les réserves évoluent puisqu'il s'agit du matelas sur lequel jouent les assureurs pour maintenir artificiellement basses les primes d'assurances de certains petits cantons. Il relève que, dans un canton comme Appenzell, avec environ 40 000 habitants, le vieillissement de la population et quelques malades chroniques doivent obligatoirement faire augmenter les primes, mais il souligne qu'en réalité ces primes sont stables grâce à un matelas plus confortable qui permet d'amortir les chocs, matelas gonflé par les primes des Genevois et d'autres cantons. Il estime donc que sa suggestion donnerait plus de légitimité démocratique à la démarche que le département pourrait faire. Par ailleurs, concernant la maîtrise des coûts, il estime qu'il s'agit d'un combat indépendant et il pense que l'on ne doit en tout cas pas faire une caisse publique au milieu des autres caisses. Il considère que cette caisse verrait arriver tous les mauvais cas, qu'obligatoirement cet assureur aurait des primes beaucoup plus élevées que les autres et, en outre, que les autres caisses maladie diraient que, lorsque l'Etat veut faire tout par lui-même, cela ne fonctionne pas du tout. Il rappelle que, lors de la 2^e votation en septembre 2014 qui proposait aux cantons d'avoir une caisse unique pour leur territoire, une majorité du peuple suisse a dit non, et il part donc de l'idée qu'il serait vain de revenir avec une caisse unique cantonale, même si c'est uniquement pour les seuls cantons qui le veulent. Il ajoute que le fait que des cantons suisses alémaniques veulent empêcher aux autres

cantons d'appliquer la loi avec d'autres instruments lui pose un problème intellectuel. Il relève qu'une initiative populaire pourrait peut-être changer les choses, car il est vain d'espérer au Parlement fédéral une majorité qui permettrait de changer la LAMal.

M. Poggia estime que le changement de système serait de dire que l'on peut maintenir les assureurs en grand nombre, mais que ce sont les cantons qui fixent les primes, en fonction d'une estimation des coûts de la santé, et non plus les caisses, tout en gardant les mêmes catégories d'assurance (médecin de famille,...). Il souligne que celui qui est adulte avec une franchise de 300 F paiera alors la même chose que son voisin adulte, qui a la même franchise de 300 F. Il indique que si l'estimation des coûts de la santé est large, l'argent mis de côté permettra l'année suivante d'en faire bénéficier la collectivité et, si les Genevois grâce à un bon travail de communication réussissent à être plus responsables encore dans l'accès aux soins, l'on va alors retirer le fruit de notre travail, de même si le canton réussit à réduire les coûts de la gestion hospitalière. Il souligne que le trop-versé reviendra alors l'année suivante, en amortissant l'augmentation des coûts de la santé, lesquels risquent malgré tout d'augmenter, compte tenu du vieillissement de la population. Il ajoute que, si cette caisse a mal estimé les coûts de la santé vers le bas, c'est alors le canton qui fera le tampon. Il souligne que c'est un risque 0 pour le canton et en outre que cela permettrait d'avoir une vision plus précise sur les assurés qui ne paient pas leurs primes et qui devraient normalement les payer. Il souligne qu'il s'agit de sommes prises en charge à raison de 85% par le canton. Il relève que le travail est bien avancé et qu'ils souhaiteraient que ce projet soit mis en œuvre par une association apolitique car il craint que, si le projet provient de la gauche, la droite ne le soutienne pas et considère qu'il s'agit d'un projet visant une nationalisation de la santé. Il indique enfin qu'il a une réunion au niveau romand la semaine prochaine sur le sujet, avec les conseillers d'Etat intéressés et l'ensemble des acteurs romands intéressés. Il estime qu'actuellement, il n'y a pas de pression suffisamment forte exercée sur le Parlement fédéral et en outre que, avec la majorité de droite dogmatique, il y a fort à craindre que nous n'ayons pas de changement. Il indique enfin qu'il serait souhaitable que les partis cantonaux sensibles à cette question, au niveau de la droite, sensibilisent aussi leurs représentants à Berne, car il observe que malheureusement nos représentants genevois de droite soutiennent toujours la position dogmatique des partis de droite, ce qu'il juge aberrant. Il en conclut qu'il y a donc un travail à faire au niveau des partis de droite concernés pour essayer de faire bouger les choses.

Un député S désire savoir si des conseillers d'Etat alémaniques seront présents dans la réunion informelle de la semaine prochaine mentionnée par M. Poggia.

M. Poggia souligne que ce n'est pas le cas cette fois-ci, mais qu'il est déjà en contact avec des associations alémaniques qui seront leurs relais. Il précise que les parlementaires alémaniques de gauche sont acquis à la cause ; il ajoute que ce sont les parlementaires de droite qui s'y opposent toujours, que ce sont ceux qui doivent changer la donne, selon lui, et ainsi donner de la crédibilité à ce projet. Il pense que ces partis ont peut-être peur de voir que l'on peut faire mieux en faisant autrement ; il relève qu'ils n'arrêtent pas de prôner la concurrence et il pense que ce serait un bel exemple de concurrence que de nous permettre d'appliquer la même loi tout en faisant autrement pour montrer que l'on peut faire mieux que le système actuel.

Le député MCG trouve l'amendement de M. Poggia intéressant et il estime que cette formulation est plus précise. Par ailleurs, concernant la troisième invite, il propose de remplacer « ... la création d'une caisse maladie unique à Genève » par « ... la création d'une caisse de compensation cantonale pour les cantons qui le souhaitent ».

Séance du 9 décembre 2016

Assistent :

- M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat DEAS
- M. Adrien Bron, directeur général DGS
- M^{me} Sabrina Cavallero, dir. planification et réseau de soins, DGS
- M^{me} Stéphanie Codourey, secrétaire générale adjointe DGS

Audition

Audition de M. Jean-Paul Derouette, président d'ASSUAS

La présidente souhaite la bienvenue à M. Derouette. Elle précise que plusieurs textes concernent l'assurance-maladie et que la commission voulait donc entendre la position de l'ASSUAS sur ces objets ; elle lui cède la parole.

M. Derouette remercie la commission et indique, en préambule, qu'il désire saluer le fait que se dégage une certaine uniformité autour de ces objets ; il précise qu'il salue cela en tant que défenseur des assurés et remercie les députés pour l'intérêt qu'ils portent à la question. Il souligne qu'il y a en effet un problème, puisque les assureurs ont une forme d'autocontrôle sur eux-mêmes, que c'est un lobby puissant sous la coupole et que certains politiciens

sont aussi des représentants dans les conseils d'administration de ces assurances. Il constate que les considérants des différents objets sont à peu près les mêmes, mais que les invites restent assez différentes. Concernant l'invite sur la Cour des comptes (CdC), il rappelle que c'est actuellement la FINMA qui fixe les prix et que c'est M. Prix à Berne qui statue sur ces prix. Il relève qu'il y a une certaine opacité, qu'il n'y a pas d'incitations à faire mieux et qu'un contrôle est bien entendu nécessaire. Il explique que les réserves fédérales constituent un des nœuds du problème. Il pense qu'il serait bien que, à partir du 1^{er} janvier 2017, l'on ait un état des lieux au niveau cantonal de ces réserves ; il rappelle que Genève paie pour les autres, que pendant des années l'on a trop payé, que l'on nous devait une rétrocession, mais que l'on n'en a même pas touché la moitié. Il observe que tout le monde s'est mis d'accord pour dire qu'il y a un surplus qui doit être remboursé, mais que l'on a estimé au final qu'il ne fallait rembourser qu'à peine la moitié. Il souligne qu'ainsi les Genevois ont chacun obtenu seulement 3 fois 70 F. Il se demande où sont donc passés les 220 millions qui devaient être rétrocédés et il relève que, si l'on ne veut pas que cela recommence, l'on doit se demander comment il convient de procéder. Il observe que le canton a été un bon élève ces dernières années et que, malgré cela, les primes vont augmenter de 9%. Il ajoute que, lorsque l'on demande à M. Prix de se prononcer sur sa décision, il affirme qu'il fait bien son travail. Il considère que, si l'on veut qu'il fasse mieux son travail, le seul moyen est que l'on demande quel est l'état des réserves cantonales ; il pense que cela permettrait à Genève d'avoir une augmentation, s'il y en a une, en totale corrélation avec l'augmentation des coûts de la santé. Par ailleurs, il précise que la Loi dit que chaque assurance doit émettre des réserves en fonction de son nombre d'assurés et en outre qu'elle a une marge de manœuvre de 200%. Il explique qu'Helsana par exemple se doit d'avoir une réserve d'environ 600 millions, mais que l'on sait qu'ils ont en réalité une réserve de 900 millions. Il précise que cela est pourtant légal, car ils sont autorisés à aller jusqu'à 1,2 milliard de réserves et il en déduit que cela signifie que l'on peut demander à Genève de payer deux fois plus pour compenser les mauvais élèves dans les autres cantons. Par ailleurs, il observe que ces réserves peuvent être placées en bourse et, en cas de mauvais placements, que l'on perd de l'argent, en l'occurrence celui des Genevois.

M. Derouette considère que les invites pourraient être un peu plus précises en demandant notamment de limiter les réserves, mais que l'on ait au moins les comptes cantonaux de ces réserves afin d'avoir un vrai levier d'action. Il indique qu'il soutient les différentes invites, mais se permet de les préciser un peu plus. Par ailleurs, il relève que la question de l'utilisation des réserves se pose car l'on peut se demander si les assurances ont vraiment besoin de cette

trésorerie. Il indique qu'il vaudrait plutôt surtout plafonner le maximum des réserves plutôt que de prévoir un minimum légal. Il ajoute que le taux de couverture de 200% devrait en outre être réduit. Ensuite, il observe que l'une des invites demande à ce que l'on fasse tout pour que l'on ait une caisse unique cantonale. Il souligne qu'il s'est lui-même battu pour cela, avec certains partis politiques et avec l'AMG. Il souligne qu'ils ont déjà eu une expérience avec Acorda, plombée car l'on a obligé à l'époque d'avoir tous les réfugiés dans son giron, ce qui a donc sonné le glas de cette initiative. Il estime que, pour apprendre de nos erreurs, l'on pourrait prévoir une caisse de compensation cantonale, modification qui permettrait selon lui une plus grande largesse et moins d'hostilité de la part de certains lobbys. Il relève qu'ainsi l'on serait tous assujettis au même tarif. Il ajoute qu'une caisse de compensation n'enlève pas la fonction de caisse complémentaire des caisses maladie. Il relève que cela permet au canton de maîtriser les coûts et de compenser les gains et les pertes comme l'on fait pour le chômage. Il relève que le drame d'Acorda est que l'on a reçu tous les « mauvais risques » en une seule fois. Il ajoute que cela serait plus économe et que l'on pourrait en outre contrôler les factures. Il relève que l'on pourrait peut-être aussi offrir une prime à ceux qui contrôlent vraiment les factures, car il observe qu'il peut y avoir des abus. Il relève que l'avantage d'une caisse de compensation permet d'avoir un peu plus de flexibilité et d'être en outre cantonale. Il relève qu'ainsi l'on rejoint le problème des réserves que l'on pourra alors maîtriser. Il indique ensuite que, en tant que défenseur des assurés, il est favorable à tous les éléments de contrôle du système et qu'il faut éviter les abus. Il estime que pour tendre à cela, il faut s'éloigner un peu de Berne.

Une députée MCG indique qu'il est prévu que le MCG dépose des amendements qui vont exactement dans le même sens.

Un député S relève que l'on a parlé de la CdC, tandis que M. Derouette mentionne ici la FINMA ; il se demande comment on peut la saisir et si l'on peut faire une dénonciation.

M. Derouette indique qu'une assurance dans le canton du Valais a été contrôlée par la FINMA qu'il y a eu un gros problème avéré et un communiqué de presse sur le sujet par la FINMA. Il souligne que cela a généré une démission en bloc du conseil d'administration de l'assurance, sans qu'il y ait pour autant de sanctions derrière. Il souligne que le rapport de cette affaire est inaccessible, il estime que cela relève d'une Confédération bananière et il dénonce le problème des compétences, lesquelles sont surtout d'ordre fédéral. Il pense que, si la commission réussit à donner la compétence de contrôle à la CdC, il n'y voit aucun inconvénient, car il estime que leur travail est de grande qualité, mais il se pose néanmoins la question justement de cette compétence.

Il résume en soulignant qu'il y a actuellement deux entités : la FINMA est l'organe de contrôle pour tout ce qui relève des aspects financiers et c'est M. Prix qui fixe les prix, depuis 2012, avec des réserves qui fonctionnent comme des vases communicants de manière totalement opaque. Il pense que l'on pourrait même demander la rétroaction des comptes au niveau des réserves cantonales depuis 2012 ; il pense que cela poserait des problèmes à certaines assurances et qu'un scandale serait alors avéré.

Un député S se demande si l'ASSUAS qui a aussi des implications ailleurs dans d'autres cantons a songé à saisir la FINMA ou à lui dénoncer quelque chose.

M. Derouette lui répond qu'il a interpellé deux fois la FINMA et qu'il lui a été répondu de manière laconique que ce n'était pas de sa compétence et qu'il n'obtiendrait pas les documents demandés.

M. Poggia indique qu'il a fait la même démarche, au nom du département, et qu'on lui a répondu la même chose.

Un député UDC se demande si l'ASSUAS a des pistes pour faire baisser le coût des soins, par exemple de responsabiliser les clients eux-mêmes face à des abus de facturation.

M. Derouette indique qu'il ne veut pas tirer sur des professions, qu'il existe une vraie dimension sociale dans le métier de médecin et que seule une minorité abuse ; il n'est pas certain que ce soit forcément là que l'on puisse réellement intervenir. Il ajoute en outre que les coûts de la santé ont augmenté en particulier à cause du fait qu'il y a de plus en plus de médecins qui s'installent depuis qu'il n'y a plus de moratoire et enfin qu'il existe un appel à la consommation médicale qui fait aussi exploser les coûts de la santé. Il précise que, si l'on ne contrôle pas ce robinet, l'on a du mal à contrôler les dépenses. Il estime enfin que M. Prix doit arrêter de se payer la tête des gens. Il relève que, lorsque l'on a un delta de plus de 5 points entre l'augmentation des primes et celle des coûts de la santé, l'on se pose des questions et l'on veut savoir où passent ces 5 points. Il estime que l'on doit donc exiger des explications sur la manière dont M. Prix fait sa soupe, car il ne comprend pas une telle augmentation pour Genève. Il relève que, encore une fois, ce sont les assureurs qui s'autocontrôlent et qu'il convient de briser ce cercle vicieux. Il ajoute enfin qu'il y a des tarifs très différents pour les mêmes prestations de base.

Une députée MCG désire savoir si M. Derouette a pu avoir des informations sur la façon dont se fait le prix des médicaments. Elle considère qu'il s'agit d'un panier percé et elle précise que des médecins ont fait venir

récemment un traitement qui n'est pas reconnu, qui coûte 900 F et qui est vendu 50 000 F. Elle se demande qui contrôle cela et qui décide des devis.

M. Derouette souligne que cette question est dépendante des cantons et il explique que, dans les cantons suisses alémaniques, les médecins ont le droit de délivrer des médicaments, ce qui n'est pas le cas à Genève. Il trouve que cette interdiction est positive car, après des heures de travail, un médecin peut se tromper et le dernier rempart reste donc le pharmacien. Il indique avoir vu dans une officine un classeur fédéral rempli d'ordonnances mortelles sur 5 ans de pratique. Il trouve qu'il est donc très bien qu'il y ait un double contrôle. Néanmoins, il souligne que l'argent ne va pas au pharmacien car, à partir de médicaments qui dépassent un certain montant, son bénéfice est plafonné à 80 F, alors que le risque financier que le pharmacien prend est conséquent, en attendant que le client paie. Il souligne que ce sont les entreprises pharmaceutiques qui empochent l'argent, lesquelles se mettent d'accord avec Swissmed pour dire qu'en Suisse l'on a une bonne qualité de vie et donc que les patients peuvent payer une fortune certains médicaments. Il évoque un cas où, en Espagne, une entreprise bâloise est arrivée avec un nouveau traitement contre le cancer qu'elle entendait vendre à 200 000 F alors que le ministère de la santé voulait qu'elle le vende à 50 000 F. Il explique que l'entreprise a refusé et indiqué qu'elle n'allait donc pas vendre ce médicament en Espagne, ce à quoi le ministre de la santé a répondu que l'entreprise ne vendrait alors plus rien du tout en Espagne, ce qui a permis en fin de compte que tout le monde se mette d'accord sur un prix. Il estime enfin que l'on pourrait peut-être se dire que, si l'on avait un pouvoir au niveau cantonal, l'on pourrait fixer le prix du médicament, en faisant attention que le dernier maillon de la chaîne gagne correctement sa vie, au vu des longues études réalisées et de la grande responsabilité qu'il a.

Une députée MCG se demande si cela ne devrait pas être plutôt encadré au plan fédéral.

M. Derouette est en accord avec cela, mais il relève que c'est très difficile.

Un député PLR désire intervenir sur la question des erreurs des médecins, rattrapées par le pharmacien. Il considère que le second regard du pharmacien est utile, mais que le pharmacien constitue aussi un acteur de plus dans la chaîne et donc qu'il s'agit d'une possibilité supplémentaire d'erreur. Il pense que l'on pourrait trouver autant d'exemples d'erreurs de délivrance par le pharmacien que par le médecin. Il désire en outre rectifier l'idée que la propharmacie induit le médecin à prescrire plus pour gagner plus. Il souligne que, dans les cantons qui ont de la propharmacie, le coût des médicaments par cas est inférieur à celui des cantons où il n'y a pas de propharmacie.

Un député UDC souligne que la propharmacie à l'heure actuelle est interdite à Genève, mais que 30 millions de médicaments sont tout de même vendus en propharmacie en toute illégalité ; il précise qu'il faut exclure de ces 30 millions la part dédiée aux médicaments pour l'oncologie qui présentent une certaine difficulté. Il relève en outre que l'on ne peut pas contester le fait que les médicaments vendus en propharmacie soient moins chers, mais il explique que cela découle du fait qu'il y a des conditions de vente, de gestion et de stockage en pharmacie qui sont extrêmement strictes et coûteuses. Il ajoute que les médicaments vendus par les médecins sont stockés dans une armoire en fer et non dans une pharmacie, que c'est l'assistante médicale qui donne les médicaments et pas le médecin et, enfin, que les conditions d'obtention des médicaments sont meilleures.

La présidente remercie M. Derouette et le raccompagne.

Séance du 13 janvier 2017

Audition de M. François Paychère, magistrat de la Cour des comptes

La présidente indique que la commission souhaitait entendre M. Paychère concernant le texte qui demande à ce que la Cour des comptes puisse aller vérifier ce qu'il se passe à Berne au niveau des financements des assurances-maladie. Elle donne la parole à M. Paychère.

M. Paychère indique que la Cour des comptes avait transmis à la commission une réponse à une communication d'un citoyen au mois de juin 2015. Il explique que c'était une réponse à une communication d'un citoyen qui demandait si la Cour des comptes contrôle les comptes du Groupe Mutuel. Il indique qu'à l'époque la Cour de comptes avait rappelé que les cantons n'ont plus de compétence en matière d'assurance-maladie et que la Confédération a épuisé sa compétence et qu'elle est chargée de manière exclusive du contrôle des comptes des assurances-maladie qui pratiquent l'assurance obligatoire des soins. Il ajoute que la Cour avait attiré l'attention sur la prochaine entrée en vigueur de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale. Il rappelle que cette loi n'était pas encore entrée en vigueur au moment de la réponse, mais qu'elle est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016. Il explique que cette loi comporte un mécanisme particulier, puisqu'à l'art. 16 de cette loi il est prévu qu'avant l'approbation des tarifs les cantons peuvent émettre un avis quant à ces nouveaux tarifs et le transmettre à l'autorité de surveillance qu'est l'OFSP. Il précise que ce mécanisme est nouveau et que sa portée n'est pas encore claire. Il a cependant des doutes quant à la portée pratique de cette disposition mais estime qu'elle a le mérite d'exister. Il indique qu'à teneur de l'art. 36, al. 1 de la loi, l'OFSP sur requête

des cantons peut transmettre aux cantons des informations et des documents qui ne sont pas accessibles en eux-mêmes au public. Les cantons ont donc une voie privilégiée pour demander de l'information sur la manière dont les assureurs appliquent la LAMal et calculent leurs tarifs. Il explique que la compétence est donc exclusivement à la Confédération, mais qu'il y a une possibilité pour les cantons d'avoir de la documentation et d'émettre un avis sur les comptes. Il explique qu'il a pris des renseignements auprès du contrôle fédéral des finances sur ce mécanisme, et que ce dernier n'entend pas lui-même contrôler l'application de ces dispositions.

Un député PDC indique que les caisses maladie dans les mêmes bureaux font deux choses, à savoir les assurances de base et l'assurance privée. Il ajoute que pour l'assurance privée il y a un contrôle de la FINMA. La FINMA se déplace et contrôle clairement ce qui s'y passe et prend des sanctions comme dans le cas du Groupe Mutuel. Il demande s'il n'y a pas un déséquilibre puisqu'un organisme peut contrôler les caisses privées mais pas les caisses de l'assurance de base.

M. Paychère indique que selon le droit fédéral il ne devrait pas y avoir de déséquilibre, car les compétences que la FINMA a pour contrôler les assureurs privés ont comme parallèle les compétences que l'OFSP a pour contrôler les assureurs qui pratiquent l'assurance obligatoire des soins. Il ajoute que le problème est que le contrôle réalisé par l'OFSP était alors moindre que celui de la FINMA.

Un député PDC indique que la résolution dit dans une invite que le Conseil d'Etat devra intervenir auprès du Conseil fédéral afin que la Cour des comptes soit autorisée à réaliser un audit concernant la question. Il demande si la Cour des comptes accepterait de le faire si cela lui était demandé.

M. Paychère répond qu'institutionnellement il n'y a que le Conseil d'Etat ou les commissions des finances qui peuvent faire une telle demande. Pour que la demande débouche sur une mission qui ait du sens, il y a le problème de l'accès à l'information. Il indique qu'il faudrait qu'ils puissent s'entendre avec le Conseil d'Etat pour que ce dernier fasse la démarche auprès de l'autorité fédérale. Il ajoute qu'ils n'ont pas pour habitude de rejeter les requêtes du Conseil d'Etat.

Une députée PLR indique que ces chiffres sont opaques quand ils sont délivrés au département. Elle demande s'ils seraient en mesure de se pencher sur ce sujet.

M. Paychère indique qu'il ne peut pas répondre, car il ne sait pas quelles informations sont disponibles auprès de l'OFSP. Il explique qu'il faut savoir s'il s'agit seulement d'émettre un avis sur la qualité du processus de contrôle,

ou s'il s'agit de revoir l'ensemble des tarifs. Il voit mal la Cour contrôler les tarifs pour chaque caisse d'assureur qui pratique dans le canton de Genève, cela lui paraît une tâche titanesque qui réclamerait trop de ressources. Mais il précise qu'un contrôle de la méthode de travail lui paraît réalisable.

La présidente demande quelles sont les pistes d'actions imaginées.

M. Paychère indique que c'est une mission qui réclamerait que la Cour des comptes travaille étroitement avec le Conseil d'Etat, puisque cela serait l'intermédiaire exigé pour accéder à l'information qui est en main de l'OFSP. Il ajoute qu'il ne peut pas définir l'ampleur de la mission, car il ne sait pas ce qui est disponible autant à Genève qu'à Berne. Il ajoute qu'il faut prendre en compte le facteur temps, car il ne pense pas que la Cour puisse intervenir en ayant un avis intelligent avant la fin de l'année 2018 sur les tarifs qui sont appliqués aux assurés genevois à partir de 2019. Mais il estime que la Cour peut avoir un avis sur les méthodes employées par l'OFSP.

Un député PDC indique que, dans l'esprit des personnes qui ont écrit cette résolution, l'objectif n'est pas de prendre une position sur le pourcentage d'augmentation d'une année à l'autre mais de discuter de la méthode et des chiffres donnés. Il explique que le but est de savoir si les chiffres qui sont remis au département et à l'OFSP sont suffisants pour décider. Il pense qu'il y a une opacité absolue dans la façon de faire. Il ajoute que même le Conseil d'Etat ne peut pas avoir accès à certains chiffres. Il indique que l'idée des personnes ayant écrit la résolution est d'avoir un avis qui vienne de l'extérieur du système.

M. Paychère rappelle que sur le plan légal il y a une nouvelle situation depuis le 1^{er} janvier 2016 et l'entrée en vigueur de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale. Il ajoute que les cantons peuvent émettre un avis et demander des informations supplémentaires, quitte à ce que ces informations soient soumises au secret. Mais il explique qu'il n'a aucun exemple d'une pratique quelconque d'un autre canton.

M. Poggia indique que dans le processus actuel ils reçoivent en été pendant trois semaines des documents adressés par l'OFSP. Il précise que ce sont les éléments sur lesquels les assureurs demandent que les primes soient fixées. Il ajoute qu'ils ne reçoivent pas la comptabilité des caisses. Il explique que ce sont des formulaires qu'ils remplissent dans lesquels les assureurs mettent leurs chiffres, mais que ce ne sont pas des comptes détaillés et encore moins les comptes globaux. Le département se prononce alors sur les primes proposées pour les Genevois sur la base des documents en sa possession, puis il y a une décision de l'OFSP qui dit quelles primes seront appliquées dans les faits. Il ajoute l'OFSP a décidé cette années d'appliquer des primes qui étaient

même supérieures à ce que les assureurs avaient décidé eux-mêmes, en considérant que ces derniers n'avaient pas pris de précautions suffisantes pour constituer leurs réserves. Il ajoute qu'ils n'ont que la vision de Genève et non pas la vision globale. Ils essaient de travailler de manière intercantonale pour avoir un panorama complet, car les réserves sont fédérales et pas cantonales. Il explique qu'il est difficile de savoir comment ces réserves bougent sur le territoire si on n'a pas une vision globale. Il indique que le département pourrait demander à l'OFSP si ce qui a été adressé est la totalité des documents qu'ils avaient pour se prononcer, et si cela n'est pas le cas le département pourrait demander que les autres documents soient envoyés. Si l'OFSP n'a que ces documents, alors cela renforcerait l'idée qu'il n'y a pas de réel contrôle. Il ajoute que, s'il y a d'autres éléments, la question sera de savoir si l'OFSP donnera ces documents. Il indique que si l'OFSP refuse de les donner cela va être compliqué, car le département n'a pas accès à la loi sur la transparence en tant qu'autorité publique. Il ajoute que le département peut, sur la base de la loi sur la surveillance, voir s'il y a une voie de recours au Tribunal administratif fédéral pour obtenir ces documents. Il indique que, s'ils peuvent avoir ces documents, ils pourraient alors demander à la Cour des comptes d'intervenir par un mandat spécifique pour voir si les documents mis à disposition sont suffisants pour procéder à une appréciation juste des coûts de la santé projetés. Il rappelle que les primes sont fixées non pas sur des coûts connus mais sur des coûts projetés. Il indique que le but n'est pas que la Cour des comptes se substitue à l'OFSP et de faire le travail de fixation des primes mais de mettre en évidence les lacunes dans le processus, qui vont servir l'argumentation genevoise qui demande que le processus soit amélioré.

M. Paychère indique que la démarche est réalisable.

M. Poggia indique qu'ils peuvent mettre à disposition de la Cour des comptes les documents sur la base desquels Genève s'est prononcé pour faire l'inventaire des éléments manquants pour avoir une vision plus précise de la situation, puis ensuite demander ces éléments à l'OFSP.

M. Bron indique que cette première étape est absolument faisable. Il ajoute que le problème majeur dans le dispositif réglementaire et législatif nouveau est qu'il a bien été prudemment précisé que les cantons peuvent demander ce que l'autorité de surveillance définit comme étant nécessaire à l'estimation des primes. Il explique que le département ne peut pas demander ce qu'il veut mais ce qui est pertinent pour le département selon l'OFSP.

M. Poggia indique que c'est la différence qu'il y aura entre ce que la Cour définira comme nécessaire et ce que l'OFSP donnera qui permettra de marquer le fossé qui les sépare de la transparence.

Un député UDC indique que les efforts demandés par les caisses maladie aux professions de la santé étaient conséquents. Il ajoute que pour les pharmacies les baisses de prix des médicaments ont provoqué une baisse du chiffre d'affaires de 10-20%. Il indique que cela a également eu un impact sur l'Etat puisque cela a diminué la masse fiscale. Il demande si l'Etat serait légitime pour demander ce qu'est devenu cet argent au niveau de la comptabilité des caisses maladie. Il ajoute que théoriquement cet argent est censé être utilisé pour la baisse des frais de la santé, mais qu'il n'y a aucun moyen de contrôler si cet effort des professionnels de la santé et de l'Etat de Genève se répercute réellement sur ces frais. Il demande si, à travers la perte fiscale que cela représente pour l'Etat, il serait possible de demander comment cela a été comptabilisé au niveau des frais de la santé.

M. Paychère pense que c'est imaginable que des économètres mesurent l'impact financier et fiscal des mesures prises. Mais il ne sait pas si cela est mesurable à l'échelle d'un canton. Il indique que cela ne fonde aucune prétention du canton vis-à-vis de l'Etat fédéral pour demander de rendre ce qui a été perdu en termes fiscaux comme économies sur la santé.

Un député UDC indique que les caisses maladie demandent des efforts de manière multidirectionnelle et qu'il n'y a jamais le bilan collectif de ces efforts et de la manière dont ils sont comptabilisés.

M. Paychère indique que c'est la problématique générale de l'impact des mesures que prend un Etat quand il intervient sur un marché. Il ajoute qu'estimer de telles choses a un intérêt académique, mais que cela prend beaucoup de temps.

Un député S demande des précisions à M. Poggia sur la décision de l'OFSP concernant l'augmentation des primes supérieure à l'augmentation demandée par les assureurs.

M. Poggia indique que les assureurs proposent une augmentation de primes et que, avant que l'OFSP ne fasse l'arbitre, il est demandé aux cantons ce qu'ils pensent de la proposition de l'assureur. Genève a trouvé que la hausse n'était pas justifiée et, une fois que l'OFSP a pris connaissance de l'avis genevois, il a décidé qu'au contraire les primes devaient être augmentées. Il ne sait pas si l'OFSP se base sur d'autres documents.

M. Bron indique que l'OFSP se base notamment sur des comptes d'autres cantons, et éventuellement sur des comptes audités, mais que les cantons ne reçoivent pas ces documents.

Un député S demande s'il serait envisageable que les cantons prennent des actions dans ces grands groupes pour avoir accès aux comptes.

M. Poggia indique qu'il y a eu des démarches faites par un assuré pour avoir accès aux comptes, mais que sa démarche s'est opposée à une décision du TF qui retenait un secret des affaires. Ce secret des affaires n'est pas seulement à l'égard de cet assuré. Il explique que selon le TF, dans la mesure où on donnerait accès à des éléments à l'assuré, il n'y a pas de garantie que le contenu de ces informations ne soit pas porté au public. Il indique qu'il est ressorti de cette décision qu'un assureur doit pouvoir garder secrets certains éléments face à ses concurrents, car il y a une stratégie d'entreprise. Il ajoute que le TF a admis qu'il y avait un secret des affaires et que tout ne pouvait pas être communiqué. Il ne sait pas si la décision serait la même avec cette nouvelle loi sur la surveillance. Il précise qu'ils pourraient faire la démarche en mettant à disposition de la Cour des comptes les éléments qu'ils ont avec les plus gros assureurs de Genève, et voir quels sont les éléments qui seraient manquants pour ensuite les demander à l'OFSP. Il ajoute que, sur la base d'un avis qui serait formalisé par la Cour des comptes, ils pourraient intervenir auprès de l'OFSP. Il précise que le travail de la Cour des comptes dans un deuxième temps n'aurait lieu que si l'OFSP donne effectivement les éléments demandés.

M. Paychèrè indique concernant la question d'un député UDC que, quand un Etat investit dans les travaux publics par exemple, les économètres essaient ensuite de définir des multiplicateurs pour voir combien il a été retiré en plus dans d'autres secteurs que ce qui a été mis à la base. Mais il précise que ces démarches ne sont jamais très précises.

Séance du 20 janvier 2017

La présidente relève qu'une députée MCG avait annoncé un amendement, mais elle ne sait pas si cela est toujours d'actualité.

La députée MCG lui indique que ce n'est plus d'actualité.

La présidente relit le texte initial.

Un député PDC indique avoir l'impression que l'on parle de plusieurs sujets alors que le titre s'axe sur la caisse unique ; il propose donc de se fixer sur une seule demande et donc de ne maintenir que la dernière invite.

Il semble à un député S que l'on avait dit qu'il conviendrait mieux de parler de caisse publique et non de caisse unique.

M. Bron lui répond qu'il craint que ce soit en fait l'inverse. Il explique qu'un précédent a montré qu'il n'est pas possible d'avoir une caisse publique dans le contexte actuel, car cette dernière attirerait tous les mauvais risques. Il souligne en revanche que l'attitude du département était de prendre acte de la difficulté à faire passer l'idée de la caisse unique, quand bien même tout le

monde soutient cette idée-là, et donc plutôt de proposer une caisse de compensation cantonale qui permette d'avoir un système unifié au niveau cantonal entre les différentes caisses, ce qui constituerait donc une solution alternative à la caisse unique.

Un député PLR est tout à fait d'accord avec ce que vient de dire son collègue PDC quant au fait que c'est la troisième invite qui est la plus importante ; il pense également que c'est la seule que l'on doit garder. En outre, il relève que, s'il y a une caisse unique à Genève, elle ne doit pas être en concurrence avec d'autres caisses, car elle concentrerait dans ce cas les mauvais risques. Il estime qu'elle doit être représentative de la population et non d'un tri parmi cette population.

La présidente se dit attachée au principe de la caisse publique, mais elle observe qu'effectivement qu'il n'est pas possible qu'il y ait une caisse publique, tant qu'il y a des caisses privées. Elle observe que l'on pourrait laisser la caisse unique, même si elle entend que le département suggère qu'il y aurait une forme de caisse à proposer. Enfin, elle indique qu'elle est aussi d'accord de cibler le message et de supprimer les deux premières invites, dans le but d'être plus fort.

Un député UDC indique, en ce qui concerne la question des bons et des mauvais risques, qu'il avait compris que les mesures qui avaient été prises à Berne avaient en fait inversé la donne et faisaient que les caisses ayant de mauvais risques allaient recevoir des compensations de la part de la Confédération ; il se demande si cette question ne s'est donc pas gentiment inversée et si l'on ne fait pas fausse route en se fixant sur la question des bons et des mauvais risques.

Un député PDC désire rappeler qu'il y a déjà des discussions qui sont en train d'être menées entre M. Maillard, M. Poggia et la FRC pour présenter une initiative pour la création d'une caisse de compensation ; il relève qu'ils pensent faire une nouvelle initiative sur les représentations des conseils d'administration au sein des chambres.

Une députée PLR indique ne pas avoir pour habitude de défendre les textes MCG, mais elle se dit étonnée des remarques, car elle relève qu'il s'agit d'une motion et que le texte n'ira donc pas à Berne. En outre, elle pense que le titre de la motion remplit parfaitement la mission évoquée dans les 2 premières invites, mais elle estime pour sa part que la 3^e invite pose problème ; elle ne voit pas à quel titre l'on imposerait au MCG de changer sa motion sous prétexte qu'elle serait plus efficace à Berne, puisque la motion va aller au Conseil d'Etat et non à Berne. Elle pense en outre que le fait qu'elle reprenne des éléments

d'autres objets montrera peut-être au Conseil d'Etat que, plus il y a de textes, plus le parlement est sur la même longueur d'onde sur certaines priorités.

Un député UDC estime qu'une caisse unique, dans le cadre d'un système opaque, pourrait être une amélioration, mais pas dans l'absolu ; il pense que la concurrence pourrait amener beaucoup de choses. Concernant la deuxième invite, il estime que c'est la base de la demande à faire puisque cela concerne les causes des hausses successives des primes. Il indique que, même s'ils sont d'accord sur le fond, l'UDC va néanmoins s'opposer à cet objet afin de pouvoir faire un rapport de minorité, notamment pour donner plus d'informations sur les causes de ces hausses.

La présidente ne comprend pas pourquoi l'UDC veut refuser ce texte dans ce cas, car elle estime que cela manque un peu la cible et le message que l'UDC va donner est en définitive que l'on ne peut pas unanimement soutenir ce texte ; elle considère qu'il serait sans doute plus intéressant de chercher un autre moyen de donner de plus amples informations sur le sujet que de refuser la motion.

Un député UDC explique que ce qui leur pose problème est que la motion se focalise sur un seul mécanisme de la hausse des primes, alors qu'ils estiment pour leur part que les mécanismes sont plusieurs. Il relève que cela leur permet, sur la base d'un rapport de minorité, d'élargir le débat ; il ajoute qu'ils n'ont pas une hostilité particulière pour ce texte. Il relève ensuite que, sur la question de la caisse unique, le peuple a dit clairement non et donc que cela leur pose un problème de fond, pour leur parti et sa ligne directrice, même si certains membres, dont peut-être certains commissaires UDC de la commission, sont plutôt en accord avec ce principe. Il souligne que cela leur donne en outre l'occasion d'élargir le débat.

Un député PDC revient sur les propos de la présidente. Il considère qu'il est essentiel de faire passer un message fort. Il explique avoir été très ouvert sur les textes qu'il a écrits dans cette optique et il demande donc aux autres partis qu'ils fassent de même, d'autant plus que l'impact d'une discussion de 30 minutes au sein du Grand Conseil sur une motion sera quasiment nul. Il considère que l'esprit est ce qui prime.

Un député PLR propose un amendement pour favoriser l'adhésion de ses collègues UDC, à savoir mettre au pluriel le mot « mécanisme » et donc dire : « ... *de faire toute la lumière sur ces mécanismes qui conduisent...* ».

Un député MCG indique que le MCG accueille avec bienveillance toutes les améliorations des invites et il pense que, si l'on peut rassembler le plus de monde possible sur le sujet qui nous intéresse, ce serait une bonne chose. Il désirerait donc convaincre l'UDC de regarder cette motion avec plus de

bienveillance et de la soutenir comme semble le vouloir le reste de la commission.

Un député UDC indique qu'il entend les recommandations du PDC et du MCG, ainsi que la proposition de conciliation du député PLR, qui résout l'un de leurs problèmes, même si la suppression de l'invite 3 n'a pas été évoquée, ce qui constitue leur second problème. Il considère que la caisse unique n'est pas une panacée dans la situation actuelle et que l'on sait que l'on a des difficultés à l'obtenir. Il ajoute que l'UDC est selon lui probablement l'un des partis qui, en associant sa voix à de nombreux textes sur l'assurance-maladie, fait le plus grand pas en avant par rapport à sa ligne directrice et, à partir de là, il estime qu'il n'y a pas forcément la nécessité d'une unanimité pour l'ensemble des textes. Il relève par ailleurs que, s'ils venaient à accepter ce texte, l'on risquerait d'avoir une position exprimée ici qui ne serait pas forcément suivie en plénière et donc que l'on se retrouverait avec une situation plus chaotique ; il en conclut qu'ils sont donc obligés de refuser ce texte, qui mentionne l'expression « caisse maladie unique », malgré les tentatives de conciliation proposées.

Un député PDC pense que le débat est tout de même important puisque l'on voit que le système d'assurance-accident fonctionne très bien, qu'il y a une caisse fédérale et des caisses privées, mais qui suivent ce que la caisse fédérale décide de faire. Il ajoute que ce système fonctionne bien, qu'il fait des bénéfices et permet d'investir dans des rentes et dans de la prévention. Il observe que la Confédération a donc décidé un système qui fonctionne, mais refuse d'un autre côté d'associer les caisses maladie à ce même système qui fonctionne. Il souligne que l'on sait bien qu'il n'existe pas de vraie concurrence entre les caisses maladie car, si c'était vraiment le cas, l'on devrait permettre alors aux caisses étrangères d'entrer dans le marché, ce qui ferait baisser considérablement les primes. Il en conclut que le système actuel est un système de monopole et que la caisse unique permettrait au moins de pouvoir savoir ce qu'il y a dans la machine et comment le moteur fonctionne.

Un député PLR observe que la troisième invite est peut-être la plus percutante, mais aussi celle qui pose le plus de problèmes à l'interne du PLR, où ils sont loin d'être tous d'accord avec le principe d'une caisse unique ; il pense qu'il serait plus facile pour eux de soutenir la motion, si l'on supprimait la troisième invite, quitte à changer le titre.

Un député UDC comprend que l'on devrait alors copier le modèle du système d'assurance-accident. Il indique que, selon lui, s'ils votent cette motion, il n'y aura pas forcément de débat en profondeur sur les mécanismes de l'augmentation constante des primes.

Un député UDC indique qu'il entend bien ce que dit le député PDC et que l'assurance-accident est en effet une caisse unique qui fonctionne très bien en Suisse, mais il ajoute que ce n'est pas ce qui est défini dans la motion. Il estime que, si l'on avait une évolution de la motion pour indiquer que l'on désire prendre le modèle de la caisse d'assurance-accident, alors l'on ne serait plus dans la question de la « vache sacrée » caisse unique, avec la votation négative qui a eu lieu sur le sujet, et, à ce moment, que leur position pourrait être différente et qu'ils pourraient se rallier à la motion car il considère qu'ils auraient alors un moyen d'explication envers leurs collègues de parti et éventuellement à la clé un soutien du groupe en plénière.

Un député PLR pense que, s'il n'y avait qu'une chose à garder, ce serait l'invite sur la caisse unique, car il relève que ce qui pose des problèmes de non-maîtrise des réserves, c'est bien la multiplicité des caisses et les changements de caisses. Par ailleurs en termes de régulation médico-économique, le fait d'avoir un payeur unique va permettre demain de mettre en place des financements alternatifs, notamment pour les 5% des patients les plus chers, qui représentent à eux seuls les 50% des coûts, mais aussi pour avoir des financements populationnels qui permettent de travailler en amont et ainsi éviter les hospitalisations inappropriées, etc. Il relève que le payeur unique fait que l'on a une vision sanitaire et financière sur la population des patients qui sont à la fois les plus fragiles et les plus grands consommateurs de coûts. Il salue donc le texte du MCG, même s'il est en partie redondant par rapport aux autres textes. Il maintient enfin sa proposition de mettre « mécanisme » au pluriel afin de ne pas faire référence uniquement à la constitution des réserves. Cela étant, il votera en faveur du texte, que cette proposition soit soutenue ou pas.

La présidente indique être d'accord sur le fait que la caisse unique réveille beaucoup de choses, mais elle ajoute qu'elle a toujours une préférence pour une caisse unique publique car elle n'est pas tout à fait favorable au monopole privé, même si elle continuera toujours de soutenir le terme de caisse unique.

Un député PDC suggère au MCG de se concerter avec M. Poggia sur cet objet, par rapport à ce qui pourrait aider le plus le Conseil d'Etat sur cette question.

Une députée PLR indique qu'il y aura une liberté de vote au sein du PLR, qu'il existe un désaccord sur la question de la caisse unique, mais que les différents membres du parti respectent les visions de chacun ; elle précise que c'est donc quelque chose d'assumé.

Un député MCG indique qu'en effet ils vont demander le report du vote, afin de consulter M. Poggia sur la question.

Un député PLR observe que c'est une motion et donc que le Conseil d'Etat fait ce qu'il veut ; il ajoute que ce dernier n'est pas obligé de respecter l'invite et d'intervenir auprès de Berne. Il relève donc que soit l'on décide de différer le vote, soit l'on décide de voter aujourd'hui.

Un député UDC se demande pourquoi demander aux autorités fédérales les mécanismes de la hausse des primes ; il pense que l'on peut très bien demander cela aux autorités cantonales.

M. Bron relève qu'ils peuvent tout à fait expliquer leurs propres analyses, mais aussi ce qui manque pour être plus actif dans le pilotage de la maîtrise des coûts ; il ajoute que, pour expliquer la constitution des évolutions des primes de chaque caisse, ce sont des questions qu'ils posent chaque été au mois d'août et qu'ils montrent du doigt tous les éléments d'incohérence qu'ils voient et pour lesquels ils n'ont pas de réponse.

Un député S relève qu'il appartient bien sûr au MCG de savoir s'ils veulent reporter ce vote mais il indique que, si tel n'est pas le cas, le groupe socialiste accepte de voter la motion, avec l'amendement du député PLR.

Un député UDC relève que l'on a un conseiller d'Etat dont les éléments centraux de la campagne, par rapport à son élection, portaient sur les caisses maladie et la question frontalière, et il constate que ce sont les députés qui essaient de codifier et de mettre en place les textes. Il indique que l'UDC attend qu'il y ait une initiative du département par rapport au texte ; il comprend qu'il y a une incapacité à l'heure actuelle d'aller lutter à Berne, à cause notamment de l'opposition Suisse alémanique / Suisse romande. Il estime que l'on attendrait quand même que ces initiatives ne soient pas seulement une redite d'une caisse maladie unique, dont la votation populaire a échoué. Il ajoute que cette proposition est finalement issue des rangs de la gauche, ce qui ne le gêne pas, car il est personnellement favorable à la caisse unique, mais il relève que, en s'inscrivant dans une ligne politique d'un parti, il ne sert à rien qu'il dise qu'il est favorable à cette question à titre personnel si son parti ne le suit pas. Il souligne que les textes du PLR ou du député PDC lui semblent relativement pertinents, car l'on prend un angle différent, tandis que le texte du MCG, même s'il le soutient personnellement, reprend quelque chose de déjà connu. Il attend de M. Poggia, qu'il a soutenu dans son élection au Conseil d'Etat, que ses actions soient conformes à son programme de législature ou alors qu'il nous dise que c'est une impossibilité que de réaliser quelque chose. Il estime que M. Poggia a suffisamment expliqué que ce n'était pas aux députés de diriger, mais que c'était lui qui était à l'exécutif pour diriger et gouverner et il désire donc qu'ils nous fassent des propositions novatrices et non pas des textes auxquels ses alliés ne peuvent pas s'associer.

Une députée EAG indique avoir l'impression que l'on tergiverse et que l'on tourne autour du pot. Elle pense pour sa part que soit l'on est pour la caisse unique, soit l'on est contre et donc qu'il ne sert à rien de se tourner vers M. Poggia et attendre 3 séances, car cela ne changera pas les positions de fond. Elle relève en outre que l'on ne va pas attendre passivement les bras croisés que M. Poggia agisse parce qu'il a fait campagne sur cette thématique. Elle indique enfin que les motions ont justement pour but de dire ce que le parlement attend et de faire avancer les dossiers. Elle se dit donc favorable à ce que l'on vote cette motion maintenant.

M. Bron pense qu'il est difficile d'aller contre les règles constitutionnelles ; il relève qu'il y a une loi fédérale décidée au niveau des Chambres fédérales, avec une Constitution qui épuise la compétence en termes d'assurances sociales en la matière et qui donne au fond assez peu de marge de manœuvre aux cantons ; il en conclut qu'il existe une réalité institutionnelle où l'on a beau avoir énormément d'énergie et de créativité, il est difficile de faire abstraction de cette réalité. Il pense que M. Poggia sera certainement ravi de participer aux débats et il ajoute qu'il avait précisément des propositions d'amendements, notamment autour de la 3^e invite pour aller au-delà de ce qui avait été tenté précédemment. Il précise néanmoins que le département ne s'oppose nullement à cette motion.

Le député MCG estime que l'on peut difficilement reprocher à M. Poggia de ne pas effectuer le travail pour lequel il s'est engagé ; il pense que l'on pourrait plutôt être satisfait de l'angle que cela prend ; il ajoute qu'ils vont donc proposer de voter la motion ce soir et ensuite de laisser M. Poggia et son département voir comment elle peut être appliquée.

Le député UDC indique qu'il ne veut pas être mal compris ; il explique que M. Poggia, de par son parcours, ses connaissances et son travail de politicien s'opposant de manière informée aux caisses maladie, a fait de cette thématique un fer de lance de ses possibilités. Néanmoins, il estime que le département a démontré que l'on se trouvait actuellement dans un constat d'échec, pas forcément personnel, mais il estime que le contexte fait que l'on va dans le mur. Il indique en outre que, pour que l'UDC puisse se rallier à cette motion, l'on attend juste mieux que l'habituelle « caisse unique » qui n'est pas issue de ses rangs. Il ajoute que l'on aurait aimé avoir quelque chose de plus que quelque chose qui a déjà échoué. Il espère en outre que les tenants de ce combat puissent amener des propositions concrètes. Il relève que, si ce n'est pas le cas, il ne reste plus que la possibilité de venir avec des résolutions, à l'instar du PDC, auxquels ils peuvent s'associer. Il considère toutefois que ce texte, à leurs yeux, n'est qu'un acte d'existence politique pour quelque chose où l'on n'a pas de marge de manœuvre, à travers une formulation qu'a refusée le peuple.

Le député MCG indique qu'il ne le prend pas mal ; il relève que l'on a une quasi-unanimité de ras-le-bol absolu de la mainmise de la Berne fédérale sur les assurances-maladie. Il désire rappeler qu'un général sans armée n'est rien, alors qu'une armée reste une armée et que, si l'on a la chance d'avoir un terrain de semi-entente en étant tous derrière un conseiller d'Etat qui s'est engagé à se battre sur cette thématique, il vaut alors la peine de donner un signal fort à Berne pour indiquer que l'on est tous derrière le conseiller d'Etat, indépendamment de la bannière qu'il porte, dans le but de se faire entendre.

Un député S relève que l'on doit recentrer le débat et rester sur la motion ; il observe que l'on est en train de faire une sorte d'évaluation de la politique de M. Poggia, ce qui n'est pas du tout l'objectif de la discussion autour de cette motion. Il relève qu'il n'y a *a priori* pas d'unanimité pour voter cet objet pour des questions d'« intérêt supérieur » évoquées par le député UDC et il considère qu'il faut donc maintenant voter cette motion.

Un député PLR indique que, lors de la dernière votation populaire sur la caisse unique, les cantons de Genève et Vaud avaient accepté. Il indique qu'il s'adresse au parti populiste situé à sa gauche (l'UDC), pour souligner que l'invite est très claire et demande la création d'une caisse maladie unique à Genève et non pas au niveau fédéral. En ce sens, il considère que l'on respecte la volonté populaire en acceptant cette invite.

La présidente partage son intervention.

Un député UDC estime que leur représentation politique dans cette commission est particulièrement ouverte sur certains sujets, ce qui n'est selon lui pas forcément le cas de toutes les délégations. Il indique qu'il entend de la part du PS la notion d'« intérêt supérieur », le MCG qui parle de position dogmatique et le PLR qui parle de parti populiste. Il désire répondre, au député PLR, que Genève a en effet voté pour la caisse unique, et il se demande donc à quoi il sert de faire une motion pour convaincre des personnes qui sont déjà d'accord ; il considère qu'il ne s'agit que d'agitation politique. Il estime qu'il faut trouver autre chose et que ce n'est pas parce qu'ils n'ont pas la position de la majorité de la commission qu'ils doivent entendre les termes « dogmatique », « populiste » ou autres. Il estime que cette proposition n'apporte rien de nouveau puisqu'elle propose aux Genevois une chose qui parle aux Genevois et avec laquelle ils sont d'accord.

Un député PDC rappelle que, le 28 septembre 2014, les cantons du Jura, de Neuchâtel, de Vaud et de Genève ont accepté le texte sur le principe de caisse unique.

La présidente précise que l'on n'est pas en train de demander à des personnes qui sont déjà convaincues, mais que l'on demande au Conseil d'Etat

d'intervenir auprès des autorités fédérales ; elle estime que l'on peut réessayer et elle pense que cela n'est pas vain.

Un député PDC indique qu'il est lui-même dans un parti dans lequel il n'y a que la section genevoise qui est absolument opposée à la politique de son parti sur les caisses maladie, ce qui ne l'empêche pas de dire qu'il n'est pas d'accord et qu'une section locale peut tout à fait avoir des positions différentes. Il estime qu'il s'agit d'une richesse et qu'il ne faut pas s'empêcher d'avoir des réserves dans un même parti.

Un député UDC félicite un député PDC d'être dans la section genevoise favorable à la caisse unique, d'un parti défavorable à la caisse unique ; il souligne qu'ils sont eux dans une section genevoise défavorable à la caisse unique, dans un parti défavorable à la caisse unique. A partir de là, il estime que, si l'on veut arriver à développer cela, il faut des efforts et des termes nouveaux, mais que ces initiatives ne doivent pas provenir de leurs rangs, car ils ne sont pas promoteurs du sujet. Il ajoute que l'on constate que l'on est ici sur la même chose et que M. Poggia a déjà expliqué qu'il avait tenté tout ce qu'il pouvait faire à Berne. Il lui semble que le fait de remettre l'ouvrage sur le métier doit passer par des résolutions et des unanimités, avec par exemple des sectorisations comme la particularité des réserves, etc., mais pas par le fait de demander à nouveau aux autorités fédérales de mettre en place une caisse unique dont ils ne veulent pas. Il souligne enfin qu'ils essaient pour leur part des choses qui peuvent s'adapter à l'effort commun, l'intérêt commun et d'avoir une certaine efficacité, sans perdre du temps et de l'argent public en débats inutiles.

La présidente propose de voter invite par invite. Elle soumet au vote l'invite 1 :

Invite 1 :

Pour : 13 (1 EAG, 3 S, 1 PDC, 4 PLR, 3 MCG, 1 Ve)

Contre : 1 (1 UDC)

Abstention : 1 (1 UDC)

L'invite 1 est acceptée.

La présidente soumet au vote l'amendement du député PLR pour l'invite 2 :
« à demander aux autorités fédérales, toujours au nom du Peuple genevois, de faire toute la lumière sur **ces mécanismes qui conduisent** à une hausse des primes d'assurance bien plus élevées que le coût de la santé, mais aussi sur la constitution des réserves financières des caisses maladie » :

Pour : 14 (1 EAG, 3 S, 1 PDC, 4 PLR, 3 MCG, 1 Ve, 1 UDC)
Contre : –
Abstention : 1 (1 UDC)
L'amendement est accepté.

Invite 2 :

Pour : 14 (1 EAG, 3 S, 1 PDC, 4 PLR, 3 MCG, 1 Ve, 1 UDC)
Contre : –
Abstention : 1 (1 UDC)
L'invite 2 est acceptée.

Invite 3 :

Pour : 11 (1 EAG, 3 S, 1 PDC, 2 PLR, 3 MCG, 1 Ve)
Contre : 3 (2 UDC ; 1 PLR)
Abstention : 1 (1 PLR)
L'invite 3 est acceptée.

La présidente soumet au vote la M 2346, telle qu'amendée à l'invite 2 :

<p>Pour : 12 (1 EAG, 3 S, 1 PDC, 3 PLR, 3 MCG, 1 Ve) Contre : 3 (1 PLR, 2 UDC) Abstention : – La M 2346 est adoptée.</p>
--

Conclusion

En vertu de ce qui précède, la majorité de la Commission de la santé vous recommande l'acceptation de cette motion et vous remercie, Mesdames et Messieurs les députés, de l'attention que vous y avez apportée.

Proposition de motion

(2346)

Assurance-maladie : demandons des comptes à la Confédération et instaurons une caisse unique dans le canton de Genève

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève considérant :

- l'augmentation massive des primes d'assurance-maladie de 5,7% pour Genève ;
- la hausse indécente de plus de 9% pour le tarif enfant ;
- l'augmentation des coûts de la santé pour Genève de 1,26% entre 2013 et 2014, alors que les primes effectivement encaissées ont progressé de 2,53% pour cette période ;
- l'augmentation des coûts de la santé pour Genève de 2,2% entre 2014 et 2015 pour des primes encaissées en hausse de 3,4% ;
- le coût de l'assurance-maladie augmentant de manière incompréhensible ;
- le vote de 57% des électeurs genevois pour la caisse unique en 2014 ;
- la surveillance tout à fait insuffisante des caisses maladie par la Confédération ;
- la nécessité de réformer l'assurance-maladie à Genève,

invite le Conseil d'Etat

- à intervenir au nom du Peuple genevois auprès de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour qu'il fasse vraiment son travail de surveillance et freine la constitution de réserves inutiles ;
- à demander aux autorités fédérales, toujours au nom du Peuple genevois, de faire toute la lumière sur ces mécanismes qui conduisent à une hausse des primes d'assurance bien plus élevées que le coût de la santé, mais aussi sur la constitution des réserves financières des caisses maladie ;
- à intervenir auprès des autorités fédérales afin de mettre en place les conditions-cadres permettant la création d'une caisse maladie unique à Genève.

Date de dépôt : 21 mars 2017

RAPPORT DE LA MINORITÉ

Rapport de M. Marc Falquet

Mesdames et
Messieurs les députés,

La minorité tient à saluer toutes les actions visant à freiner l'augmentation des coûts de la santé, notamment au travers d'interventions sur les caisses maladie. Nous sommes tous conscients d'avoir été pris au piège par cette loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), dont l'organisation a été confiée à des entreprises privées.

Au fil des années, nous nous sommes rendu compte de l'opacité de ce système qui priorise davantage les intérêts corporatistes que les préoccupations de santé publique d'intérêt général.

Les assurés sont traités comme des vaches à lait, totalement captifs du dispositif. Ils subissent, année après année, des augmentations de primes, souvent disproportionnées par rapport à l'augmentation effective des coûts des soins. La population et les familles sont pressées comme des citrons, prises à la gorge, contraintes de payer et de subir, alors que certains acteurs de la santé et assureurs bénéficient du système pour vivre très confortablement, voire même s'enrichir.

L'Etat est également pris au piège. Il se voit obligé de payer des centaines de millions de francs de subventions à des dizaines de milliers d'assurés qui ne parviennent plus à supporter des primes exorbitantes. Le régime de la LAMal contraint l'Etat non seulement à prendre en charge une partie ou la totalité des primes et des soins hospitaliers de ceux qui ne peuvent plus payer, mais doit aussi couvrir la quasi-totalité des risques des assurances en s'acquittant des primes des mauvais payeurs et des assurés négligents.

Finalement, les assurés, les contribuables, sont contraints de subir un régime dictatorial dit de « santé », qui assure certes des soins à la population, mais également des privilèges à certains acteurs du système. Ceci sans pour autant pouvoir garantir à quiconque de rester en bonne santé ou de guérir durablement.

En poursuivant dans cette impasse sanitaire et financière, nous arriverons peut-être dans quelques années à devoir payer des primes d'assurance-maladie de près de 1000 F par mois.

La minorité estime que toutes les actions visant à faire baisser les primes doivent être entreprises, à commencer bien entendu par les caisses maladie : de la transparence sur les comptes des caisses, une adéquation des réserves, un véritable contrôle des factures de soins, un contrôle effectif de la FINMA pour une véritable protection de la clientèle, la révision à la baisse du Tarmed, la création d'une caisse de compensation cantonale et bien d'autres choses encore, pour une refonte de la LAMal.

Le dépôt de deux initiatives constitutionnelles fédérales va dans le bon sens. La première demande la liberté d'organisation des cantons en matière d'assurance-maladie. La seconde propose que le parlement fédéral soit indépendant des caisses maladie.

La minorité souhaiterait toutefois élargir le débat et insister sur le fait que les assurances ne sont de loin pas les seules à contribuer à l'augmentation des coûts de la santé et des primes.

Malgré tout ce que nous pourrions entreprendre à l'échelon des assurances-maladie, il est peu probable que nous parvenions à contenir l'augmentation des coûts des soins. Il faudra donc certainement nous attendre à subir de nouvelles hausses de primes.

Pour contenir les coûts de la santé, nous devons entreprendre une réflexion sur la politique de prévention, les moyens de diminuer les coûts des soins et le choix, l'efficacité et la pertinence des thérapies.

Le président de l'Association des assurés (ASSUAS) a indiqué que les coûts de la santé augmentent en particulier du fait qu'il y ait de plus en plus de médecins et qu'il existe de ce fait un appel à la consommation médicale qui fait exploser les coûts de la santé.

Les professions médicales, qui bénéficient finalement de la manne d'une clientèle captive et des subventions de l'Etat, devraient pouvoir contribuer solidairement à contenir les coûts de la santé. On peut se poser la question des tarifs médicaux, mais également de la responsabilité des thérapeutes vis-à-vis d'un certain clientélisme médical. Par ailleurs, il semblerait que certains praticiens et spécialistes touchent des revenus astronomiques. Pourquoi ne pourraient-ils pas participer solidairement à une baisse des coûts ? Ceci d'autant plus qu'ils ne parviennent le plus souvent pas à apporter une guérison durable à leurs patients.

Des milliards sont dépensés chaque année pour notre système de santé... Si la durée de vie de la population augmente, il n'en est pas de même de

l'espérance de vie en bonne santé. Le système coûte toujours plus cher, sans pour autant pouvoir garantir la santé à la population jusqu'à un âge avancé.

Il apparaît, dans le rapport du CE sur la planification sanitaire 2016-2019, que les maladies chroniques sont, et seront encore davantage dans la futur, la problématique essentielle de santé publique. Il s'agit donc de s'atteler à trouver des solutions thérapeutiques efficaces, sous peine de subir leur augmentation infinie, année après année, avec leurs conséquences désastreuses sur la population en matière de coût et de santé.

Il est peu probable de guérir durablement une maladie sans renforcer l'organisme et sans agir sur les causes. Cela paraît évident, cependant la médecine conventionnelle moderne s'attaque aux symptômes en les combattant, la plupart du temps à l'aide de produits chimiques toxiques, dont les effets secondaires sont nuisibles à la santé et peuvent déclencher de nouvelles maladies. Les symptômes peuvent disparaître momentanément et le patient peut sembler guéri. Cependant, si la cause n'a pas été traitée, si l'organisme n'a pas été renforcé, la maladie se voit refoulée dans les couches profondes. Elle continue à faire son chemin pour ressortir sous une autre forme, plus dangereuse, plus difficile à soigner, puis finit par ressurgir de façon chronique.

Une véritable politique de santé publique devrait s'inspirer des lois naturelles qui régissent l'équilibre et l'harmonie de la vie. Aujourd'hui, nous ne faisons que subir les conséquences d'un mode de vie éloigné de ces principes.

Les facteurs naturels de santé et d'harmonie devraient tout d'abord être définis. Tout ce qui va à l'encontre desdits facteurs pourrait également faire l'objet d'un inventaire. Ces éléments et informations permettront d'avoir de nombreux outils pour mieux ajuster la politique de santé publique.

Dans le monde, il existe une richesse de pratiques, de solutions thérapeutiques performantes, profitables, qui renforcent l'organisme, sans effets indésirables. Ces thérapies tiennent la plupart du temps compte de la globalité de l'être, avec des objectifs préventifs et curatifs durables.

Pourquoi ne pas les prospecter, les examiner, tant dans le domaine de la médecine moderne, de la recherche scientifique, des innovations de rupture, qu'au travers d'approches empiriques, alternatives, comportementales, corporelles, holistiques, voire même spirituelles, etc. ?

Il serait temps de nous extraire d'une vision monolithique de la médecine pour nous adapter aux diversités thérapeutiques. Les nombreuses approches doivent pouvoir se compléter dans l'objectif du renforcement psychique et physique de l'organisme, pour une véritable guérison globale durable, une vie plus harmonieuse et, finalement, une population en meilleure santé.

La minorité vous remercie de votre attention.