

Date de dépôt : 23 novembre 2021

Rapport

de la commission de la santé chargée d'étudier la proposition de motion de M^{me} et MM. Pierre Nicollier, Pierre Conne, Serge Hiltbold, Alexandre de Senarclens, Cyril Aellen, Raymond Wicky, Delphine Bachmann, Alexis Barbey, Rolin Wavre pour un engagement triparti assurés-médecins-assurances sur le long terme

Rapport de majorité de M^{me} Jocelyne Haller (page 1)

Rapport de minorité de M. Pierre Nicollier (page 14)

RAPPORT DE LA MAJORITÉ

Rapport de M^{me} Jocelyne Haller

Mesdames et
Messieurs les député.e.s,

La motion 2583 «*pour un engagement triparti assurés-médecins-assurances sur le long terme*» a été examinée par la commission de la santé lors des séances des 10 et 24 septembre 2021 sous la présidence efficace de M^{me} Jennifer Conti. Les procès-verbaux ont été tenus par M^{mes} Melissa Horchuli et Carla Hunyadi avec rigueur. La commission a été accompagnée dans ses travaux par la secrétaire scientifique de la commission, M^{me} Angela Carvalho. M. Bron, directeur général de la direction générale de la santé, a assisté aux travaux de la commission et lui a apporté ses éclairages. Que tous et toutes soient remercié.e.s pour leurs contributions à nos travaux.

Présentation de M. Pierre Nicollier, auteur de la motion

M. Nicollier indique que cette proposition de motion est issue du constat que chaque année, au mois de septembre, les coûts de la santé augmentent avec une constance affligeante. Constatant que les investissements dans le domaine de la prévention restent faibles dans notre pays, son groupe s'est interrogé sur ce qui pourrait être fait pour accroître les investissements pour maîtriser les coûts à long terme.

Partant du constat que la relation est tripartite entre le patient qui a besoin de prestations, le médecin qui prend en charge le diagnostic et l'assureur qui reçoit l'argent et le redistribue, il a vu l'opportunité de travailler sur ce triangle. L'idée de ce projet est d'effectuer un test pour essayer de bloquer la relation tripartite sur plusieurs années pour forcer l'assurance à investir dans la prévention afin que le patient ne tombe pas malade. Le fond de la motion est de créer un cadre de test pour permettre une relation entre le médecin, le patient et l'assurance. Il rappelle que *« la loi sur l'assurance-maladie est fédérale et le Conseil fédéral a proposé deux séries de mesures pour limiter les coûts de la santé. La modification de l'article 59 de la loi sur l'assurance-maladie a été votée par les Chambres ce 18 juin 2021, ce qui permet au DFI d'autoriser des projets pilotes s'ils visent à maîtriser les coûts et à améliorer la prise en charge. Le délai référendaire est fixé au 7 octobre. Il aimerait donc profiter de cette modification pour essayer ce projet pilote pour que l'assurance s'engage pour gérer les coûts et garantir la qualité des prestations »*.

Une commissaire EAG requiert une précision sur une phrase contenue dans la motion qui indique que *« l'assurance accompagne le patient dans la gestion de sa santé »*. Elle relève que le texte évoque également un blocage des primes lorsque la personne est liée à son assurance alors que l'exposé des motifs mentionne quant à lui une baisse des primes. Elle souhaiterait avoir des explications sur ces deux points et savoir si les trois protagonistes interviennent au moment de la signature du contrat d'assurance.

M. Nicollier lui indique que seules les prestations médicales sont remboursées, ce qui exclut les prestations liées à la prévention. L'idée de cette motion est de changer de curseur, à savoir de dépenser de l'argent pour la prévention et non pour gérer exclusivement les frais liés aux soins. L'objectif serait de faire baisser les primes, mais le point crucial est de bloquer les primes, car ce serait la seule incitation pour investir dans la prévention. Il confirme que les trois protagonistes, assuré.e, assureur et médecin, sont présents lors de la signature du contrat, car l'objectif est de rassembler tous ces acteur.trice.s. Il précise toutefois que la réflexion sur le type d'engagement reste ouverte.

Une commissaire Verte cherche à comprendre le raisonnement sur lequel se fonde la motion. Si elle a bien compris, la motion permettrait la mise en place d'un projet pilote liant les patient.e.s à leur assurance pour un certain temps, même si celle-ci décidait d'augmenter ses primes. Elle voudrait en outre savoir s'il y a un lien entre ce projet et le plan cantonal de prévention de la santé.

M. Nicollier explique que les primes seraient bloquées et que le patient.e s'engagerait à rester un certain temps lié.e à son assurance. Ce système fonctionne uniquement si un véritable travail est effectué pour que les personnes restent en bonne santé. La liberté de changer de caisse maladie disparaîtrait, mais en échange les primes seraient bloquées. Sur le lien avec le plan cantonal de prévention de la santé, il le confirme. Il signale *« qu'entre 3% et 5% du budget de la santé suisse sont investis dans la prévention, car la prévention est plus rentable que les soins. Toutefois, dans le système de la santé actuelle, les prestataires sont payés pour guérir et non pour prévenir. Pour l'instant, la prévention est uniquement assumée par la collectivité publique. »*

Un commissaire UDC demande pourquoi ne pas sortir du postulat consistant à considérer que les primes des caisses maladie sont théoriquement équivalentes aux dépenses. Il se réfère aux chiffres en sa possession qui indique que la dépense se compose de 4-5% de frais de fonctionnement, de 9-10% de médicaments et de 85% de frais d'hôpitaux et de médecins. Il indique encore que les réserves sont constituées sur la base du volume prévu de frais de la santé. Dès lors, plus ces frais sont élevés, plus les primes seront hautes. Il se demande dans quelle mesure il y aura une adhésion des caisses maladie à ce projet, car il ne voit pas les incitatifs. Il mentionne que les frais d'abonnement des fitness sont quasiment pris en compte à 100%, ce qui peut être considéré comme de la prévention. Cela étant, il constate que les caisses maladie font leurs bénéfices sur les primes des complémentaires, ce qui laisse perdurer un système d'accès à la santé à deux vitesses. Il demande si la solution ne consisterait pas simplement à baisser les coûts des prestataires.

M. Nicollier relève qu'une partie des frais de fitness est remboursée par la LAMal et une part plus importante par les complémentaires. M. Nicollier rappelle que les assurances ne sont pas censées faire de bénéfice sur les soins. Il indique qu'il y a aujourd'hui un système de compensation des risques entre assurances, *« qu'une évaluation du profil de risques des assurés est effectuée, et les assurances avec beaucoup de profils à haut risque reçoivent de l'argent des assurances avec des profils à bas risques. Ainsi, il y a un intérêt à posséder des patients à haut risque qui ne tombent pas malades. »* Il estime que la situation actuelle est propice au type de projet qu'il présente.

Une commissaire socialiste demande des exemples concrets de prévention. De quels types de prestations il s'agirait et qui les délivrerait.

M. Nicollier prend l'exemple d'un patient diabétique et explique qu'en changeant profondément son mode de vie, la personne peut, parfois, cesser ses médicaments. Avec le système actuel, on n'encourage pas les patient.e.s à aller en ce sens. Le projet consiste à faire en sorte que les assurances paient des prestations hors TARMEED pour réduire les médicaments et éviter les hospitalisations. Les prestations de prévention seraient assurées par des psychologues, des coaches, des médecins, etc. Il signale qu'il y a des spécialistes dans l'amélioration de la qualité de vie, mais le TARMEED n'est pas constitué pour ce genre de projet.

La même commissaire socialiste remarque que le même résultat serait atteint si ces prestations étaient incluses dans l'assurance-maladie de manière obligatoire et non de manière incitative. Elle voudrait de plus savoir à quel moment le médecin intervient dans la relation entre l'assuré.e et l'assureur.

M. Nicollier y consent, mais il constate que la politique du Conseil fédéral ne va pas dans ce sens. Il pense donc qu'il faut agir au niveau local.

M. Nicollier rétorque que le pilotage de la prise en charge sera fait par le médecin.

Un commissaire PDC demande pourquoi la prévention ne relèverait pas du rôle de l'Etat, comme lors des dépistages du cancer du sein et du cancer du côlon qui fonctionnent très bien. Deuxièmement, il suppose qu'une personne obèse se verrait fixer des objectifs et il se demande ce qu'il se passerait si elle n'atteignait pas ces buts.

M. Nicollier précise que l'idée est que *« le contrat signé ne permet pas d'en sortir, même unilatéralement. Toutefois, les individus ne peuvent pas être forcés. Ainsi, il faut un intérêt poussé des assurances pour pousser les personnes à changer leurs habitudes, mais l'idée n'est pas de faire des contrôles pointus, mais de créer des programmes adaptés. De plus, il faut différencier la prévention générale d'un programme individualisé. »*

Un autre commissaire PDC se demande si un tel système ne favoriserait pas les bons risques. Il demande quels seraient les avantages de ce système – assimilable aux HMO (Health Maintenance Organization) – sur ceux déjà existants.

M. Nicollier n'est pas certain que les bons risques seraient favorisés dans un tel système, car les assuré.e.s restent libres de choisir leur assurance. Il pense de plus que ces dernières ont intérêt à posséder de mauvais risques qui ne se réalisent pas sur une longue période. Il précise qu'actuellement il y a la possibilité de changer de modèle d'assurance tous les six mois, donc l'intérêt

à travailler sur le long terme est moindre, car aucune garantie n'est donnée par les assurés.

M. Bron identifie une problématique avec cette motion. Il s'avère actuellement impossible de créer une base législative, car les formes alternatives d'assurance sont exclusivement listées dans l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal). Pour ce faire, il faudrait utiliser la disposition votée à la session d'été qui a fait l'objet de beaucoup de discussions et qui a terminé en conciliation.

Il relate qu'« *une des questions soulevées était de savoir qui pouvait proposer des projets pilotes et dans quel domaine. La version n'est pas trop limitante, car les cantons peuvent en proposer. Le DFI doit autoriser le démarrage du projet et une concertation avec les partenaires, notamment les prestataires de soins, doit avoir lieu. Il y a donc une limitation du champ du possible pour les projets pilotes, ces restrictions sont listées à l'art. 59b et concernent des prestations sur mandat de l'assurance de soins et donc sans remboursement, la prise en charge à l'étranger, la limitation du choix du fournisseur de prestations, le financement uniforme des prestations, l'anticipation, la coordination et l'intégration des soins, le renforcer de la qualité et la numérisation des soins.* » De plus, il manque encore une disposition d'application, car le DFI devra rendre une ordonnance pour définir la mise en œuvre des différents projets. Il y a donc en bref une incertitude sur le type des projets qui seront concernés et sur l'ampleur qui sera admise.

M. Bron explique encore que le processus prévoit qu'une date de fin est prévue, à l'issue de laquelle le Conseil fédéral est soit convaincu, auquel cas il demande une modification de la LAMal, soit, si ce n'est pas le cas, le projet devient caduc. Le département attendait ces clarifications avec impatience, il n'est pas opposé à l'idée d'utiliser ces nouvelles marges de manœuvre. Cela étant, il informe la commission que, si la motion était acceptée telle quelle et renvoyée au Conseil d'Etat, rien ne pourrait en être fait, car l'application n'est pas assez claire et que le fait de créer un nouveau cadre légal est inadapté pour un projet pilote. Pour éviter cette situation, il lui semble qu'il faudrait reformuler la motion pour inciter l'utilisation des nouvelles marges de manœuvre sans fixer de délai temporel ni créer de base légale.

M. Nicollier, tenant compte des réserves exprimées par M. Bron, indique que l'invite de la motion pourrait être modifiée pour donner plus de sens à son projet.

Un commissaire PLR estime qu'il vaudrait peut-être mieux travailler sur le fond de l'objectif visé en procédant à des auditions plutôt qu'en amendant directement le texte.

Un commissaire UDC aimerait connaître l'avis des patients lors d'une audition de l'association de défense des patient.e.s.

Une commissaire EAG formule de nombreuses réserves à l'égard de ce projet. Elle entend le problème de la circulation des assuré.e.s entre les assurances, mais elle ne voit pas pourquoi il faudrait rendre les assuré.e.s encore plus captif.ve.s des assurances qu'il.elle.s ne le sont déjà. Elle souligne que si l'on voulait développer un projet pilote on pourrait saisir la question des réserves qui est un problème lancinant.

Un commissaire MCG partage la préoccupation des réserves. Il trouve la démarche de M. Nicollier positive, mais il craint le poids des assurances.

Discussion, prise de positions des groupes et vote

M. Nicollier donne connaissance de sa proposition d'amendement faite pour tenir compte des informations livrées par M. Bron :

« à utiliser les nouvelles marges législatives de la LAMal pour créer un projet pilote cantonal permettant un engagement triparti assurés-médecins-assurances sur plusieurs années pour l'assurance obligatoire de soins.

L'objectif de ce projet pilote sera de renforcer la prévention, développer la coordination et l'inter-professionnalité, d'élever les exigences de qualité et de maîtriser les coûts. Les primes des assurés impliqués dans ce projet pilote seraient bloquées durant cette période. »

Un commissaire PLR, cosignataire, souhaite évoquer l'esprit de la motion et le contexte dans lequel elle se situe. *« Il rappelle tout d'abord que le changement d'assurance chaque année constitue un coût de 100 millions de francs. De plus, à partir du moment où il n'y a plus d'assurance-maladie, l'assuré et le patient auront intérêt à réfléchir sur le long terme, à investir davantage sur des actions qui vont stabiliser la santé. L'intérêt de cette motion est de trouver d'autres moyens pour pouvoir créer des dynamiques sur le plus long terme et faciliter l'engagement d'un certain nombre de partenaires médicaux. »* Il explique que la motion date de deux ans et que la clarification de la situation au plan fédéral est survenue postérieurement. Le projet de motion suppose de donner à l'Etat un rôle d'initiateur et de coordinateur de cette démarche tripartite. Le but de cette motion est d'ôter un certain nombre de biais induits par les changements d'assurance chaque année. Il est là question de faire des économies administratives sur les

changements de caisse en y mettant un cadre fixé par l'Etat. Il s'agit en fait d'investir par ce moyen dans la prévention, d'améliorer la qualité de vie et de santé des assuré.e.s et de bloquer les primes durant la durée du contrat. Ce mode de faire devrait apporter une certaine prévisibilité de dépenses pour les assuré.e.s.

Un commissaire PDC s'étonne d'entendre, dans les explications des signataires, la mention d'un rôle de l'Etat alors qu'il n'en est pas fait mention dans le texte de la motion.

Le commissaire PLR précise que c'est une invitation faite au Conseil d'Etat d'être l'initiateur de ce projet pilote.

Le commissaire PDC demande dès lors si cela sous-entendrait que l'Etat coordonnerait le tout, et si cela ne dérange pas ce commissaire en tant que libéral.

Le commissaire PLR répond que les libéraux ne sont pas opposés à ce que la LAMal soit une assurance sociale.

Un commissaire MCG confie ne pas voir ce que cette motion apporte de plus que le modèle Delta. Il n'est pas hostile au fait que le département « *mette les mains* » dans les assurances-maladie, mais il craint qu'une fois de plus ce projet ne se retourne contre les assuré.e.s, compte tenu du manque de transparence entretenue par les assurances. Il demande en l'occurrence quels seraient les moyens prévus dans le projet porté par la motion pour protéger les assuré.e.s.

Le même commissaire PLR explique que, au contraire de ce qui est prévu par la motion, le système Delta n'empêche pas de changer de caisse chaque année.

Le commissaire MCG demande si finalement l'objectif n'est pas de réduire le tourisme d'une caisse à l'autre plutôt que de développer la prévention et diminuer les coûts de la santé. Il ne voit pas en quoi les intérêts des assuré.e.s et des soignant.e.s seraient respectés, car il ne voit pas de place pour l'autorité publique dans ce projet. Il voudrait savoir si son interlocuteur souhaiterait un rôle plus actif du département dans ce dispositif.

Le commissaire PLR indique que oui. Ce serait un nouveau modèle de réseau de soins. Le droit à l'accès aux soins et au remboursement serait le même. On agirait ainsi également sur les réserves, car puisque, à chaque fois qu'un.e assuré.e entre dans une caisse, celle-ci doit constituer des réserves, en diminuant les mouvements d'une caisse à l'autre on agirait concrètement sur les réserves.

Une commissaire EAG fait savoir que, même avec l'amendement proposé par M. Nicollier, elle reste particulièrement circonspecte à l'égard de cette motion. En ce qui concerne le « *tourisme en matière d'assurances-maladie* », elle insiste sur le fait que les gens ne changent pas d'assurance-maladie par plaisir, mais par obligation. On a créé un problème avec l'inflation des primes d'assurances-maladie, et la responsabilité n'est pas à chercher auprès des assurés.e.s. Ce qui la dérange dans ce projet c'est de lier, pour une durée plus longue, les assuré.e.s aux assurances. Elle n'y voit un intérêt que pour les caisses. Le système actuel d'assurances-maladie étant, selon elle, si peu transparent, elle n'est pas prête à leur donner davantage de prérogatives. Elle préfère qu'on profite de cet espace pour développer véritablement une assurance sociale plutôt qu'un projet qui défend les intérêts des assurances-maladie. Elle souhaiterait plutôt un projet qui privilégie véritablement les intérêts des usager.ère.s.

Le commissaire PLR rétorque que l'on ne rendrait pas les assuré.e.s captif.ve.s des assureurs puisque le projet est basé sur la liberté d'adhérer. *« L'intérêt consiste en la prévention des décompensations des maladies chroniques telles que la maladie de Parkinson, le diabète, l'insuffisance cardiaque, etc. Il y a tout un investissement à faire en amont, on doit aussi pouvoir jouer sur d'autres éléments comme la mobilisation et l'alimentation. Il y a aussi un autre élément sur lequel ils sont aujourd'hui démunis en termes de remboursement, ce sont tous les programmes de prise en charge de patients atteints d'obésité. Ce sont des arguments qui vont dans l'intérêt des patients assurés. »*

La même commissaire EAG remarque que, s'il y a une liberté de contracter, on ne retrouve plus cette liberté lorsque l'on est lié pour trois ans ou plus. Elle ajoute que le véritable avantage serait d'avoir une caisse unique ou des caisses régionales de compensation telles que cela avait été envisagé il y a peu de temps. Seuls ces modèles permettraient véritablement d'agir sur les frais administratifs, de marketing, etc. Elle rappelle que la transhumance d'une caisse à une autre chaque automne a été notamment largement alimentée par l'édiction de primes moyennes cantonales. Cela a conduit la majeure partie de services sociaux à organiser ces passages d'une caisse à l'autre pour éviter que les personnes au bénéfice d'aides sociales au sens large (PCF, PCC et PCFam) ou au sens strict ne se retrouvent avec la charge d'une partie de leurs cotisations.

Le commissaire PLR rappelle qu'ils ne sont pas là en train de penser un système complet, mais qu'ils souhaitent proposer une intention, une vision au Conseil d'Etat.

Un commissaire UDC se demande dans quelle mesure ce projet ne serait pas préjudiciable aux médecins indépendants. Le modèle porté par la motion tend à se concentrer sur les cabinets pour optimiser les frais.

Le commissaire PLR explique que le but n'est pas de créer un modèle qui concentre les prestataires, mais un modèle qui s'ouvre à tous les praticiens indépendants.

Une commissaire socialiste constate que le PLR défend fortement le modèle d'assurance actuel et qu'avec cette motion il limite la mise en concurrence de différentes caisses. Elle demande au commissaire PLR si cette motion ne contient pas l'aveu que le système des assurances-maladie privées n'atteint pas son objectif de maintenir des primes abordables.

Le commissaire PLR est conscient qu'une certaine ambiguïté demeure entre assurance privée et assurance de base. Pour sa part, il est favorable à une plus claire séparation entre celles-ci.

Un commissaire MCG voit dans la motion, et notamment avec son amendement, que l'on risque de mettre tout le monde en opposition. Il constate par ailleurs, que si les assureurs disposent de relais à Berne et de puissants lobbys, ce n'est pas le cas des assuré.e.s. Il pense que la motion risque de renforcer le pouvoir des assurances. Dès lors, il ne pourra soutenir un tel projet.

Le commissaire PLR le rejoint sur le fait que les assuré.e.s et les médecins sont éparés alors que les assureurs sont unis. Le projet qu'il défend mettrait, de son point de vue, tout le monde à égalité. Il s'agit de créer un espace de négociations : le groupe des assurés, le groupe des prestataires et le groupe des assurances, qui proposeraient ensemble un modèle qu'ils s'engagent à respecter. Il se dit qu'ils auraient peut-être dû le préciser dans la motion.

Un commissaire socialiste lui demande s'il a réellement confiance dans les caisses maladie concernant l'enjeu de la réduction des primes.

Le commissaire PLR affirme « *qu'au fond, la confiance, peu importe. Il n'existe aujourd'hui aucun levier en Suisse. Donc soit on ne fait rien, soit on essaie de faire quelque chose. Il estime que tout le monde est gagnant avec ce modèle.* »

M. Bron amène quelques éléments supplémentaires d'information sur le cadre fédéral. « *Le texte final retenu par les Chambres ne permet plus d'obliger de participer à un projet pilote, donc ce serait volontaire pour les assurés, et il n'existe pas d'obligation d'accepter ce projet pilote. Ce projet doit être limité dans le temps et avoir un périmètre bien défini. Il y a un certain nombre de domaines dans lesquels on peut imaginer un projet pilote.*

N'importe qui peut présenter une demande. Une fois que la durée du projet arrive à échéance, soit il s'éteint, soit le bilan a été positif et le Conseil fédéral propose des bases légales qui permettent son maintien. Tout ceci est précisé par l'OAMal. C'est une mécanique qui n'est pas simple et qui risque même d'être lourde. »

Vote

La présidente demande si les députés veulent voter la M 2583 ce soir :

Oui : 10 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 PDC)

Non : 5 (4 PLR, 1 UDC)

Abstentions : –

La présidente conclut que la motion sera donc votée ce soir.

Prises de position et vote

Un commissaire PDC annonce que le PDC ne votera pas la motion. Le problème qui lui apparaît est la cherté des assurances-maladie et le manque de transparence dans la fixation des cotisations d'assurance-maladie. Il rappelle « *qu'il y a eu des motions de la part de Neuchâtel, de Vaud, de Genève, mais la réponse du Conseil fédéral était de dire que ça ne rentre pas dans le cadre du projet pilote. Le fait qu'il existe un article de loi qui propose des projets pilotes ne sert à rien puisque, quand les cantons font des propositions, on ferme la porte immédiatement* ». Il ne souhaite pas entrer en matière sur ce projet, car il est convaincu que ce qui intéresse les caisses maladie n'est pas de développer de la prévention, mais de placer leurs contrats d'assurance privée par le biais des contrats LAMal. Il craint de plus que les patient.e.s ne soient pénalisé.e.s s'il.elle.s n'adhèrent ou ne présentent pas de résultats positifs dans les programmes de prévention qui leur seront appliqués.

Un commissaire UDC pense que l'on cherche toujours à baisser les coûts de l'assurance-maladie, mais il faudrait qu'on se donne la peine d'évaluer les coûts de la santé en Suisse en comparaison avec les autres pays européens. Ce serait peut-être déjà une piste. En l'état, il refusera la motion, mais il aurait volontiers écouté d'autres personnes.

Une commissaire Verte fait savoir que les représentant.e.s de son groupe saluent le fait de chercher des alternatives. Ils conviennent que l'augmentation constante des cotisations d'assurance-maladie est un grave problème et qu'il n'y a pas assez de leviers pour développer la prévention. Il

lui paraît prépondérant d'agir sur les réserves. Son groupe est réfractaire à l'idée de lier les assuré.e.s pour une longue période à leurs caisses maladie. Il refusera par conséquent cette motion.

Une commissaire EAG partage les préoccupations exprimées par le commissaire PDC. Elle estime cette motion inacceptable, car elle ligote durant trois ans ou plus l'assuré.e à sa caisse maladie, cela sans véritable garantie, tant au niveau du blocage des primes, que de la qualité des programmes de prévention et de leurs modalités de mise en œuvre. Elle estime par ailleurs que les avantages proposés par cette motion devraient déjà être dus dans le système actuel. Elle ne voit pas pourquoi il faudrait encore donner en gage une durée de contrat plus importante. Elle pense que la population attend que les assurances-maladie tiennent leurs engagements et soient plus transparentes, pas qu'on leur concède des avantages supplémentaires.

Une commissaire socialiste n'est pas convaincue par la motion pour les mêmes raisons que la commissaire EAG. Elle peine à y voir des avantages pour les patient.e.s en termes de qualité de soins. Elle craint également les prescriptions comportementales qui pourraient être générées par une notion de prévention mal comprise. Son groupe refusera la motion.

Un commissaire MCG tient à rappeler que l'augmentation des coûts de la santé n'a rien à voir avec l'augmentation des coûts de l'assurance-maladie. Il y a une déperdition qui se fait au travers des réserves. Les réserves sont calculées dans les assurances-maladie au niveau fédéral. S'il y a une baisse au niveau genevois, cela va se diluer au niveau suisse. C'est le système des réserves qu'il faudrait réformer. Cette motion risque de renforcer le pouvoir des assurances-maladie. Par un communiqué des HUG, l'information a été donnée d'une dépense de plus de 100 millions faite pour faire face à la covid aux HUG. Ce montant aurait dû être à la charge de l'assurance-maladie. L'assurance-maladie ne remplit pas sa tâche, qui est de payer les frais de santé. Pour ces motifs, le MCG refusera cette motion.

Le commissaire PLR voit que la motion va être refusée, mais il veut faire entendre que ce qui sera refusé c'est de demander au Conseil d'Etat de réfléchir à un projet pilote qui a pour but de développer la prévention. Ce qui lui paraît incompréhensible.

Une commissaire EAG réplique que ce qui est refusé en l'occurrence ce n'est pas de réfléchir à un nouveau modèle de prévention, mais c'est un engagement triparti : assuré.e.s-médecins-assurances qui lient impérativement les assuré.e.s à leur assurance sur plusieurs années.

Vote

La présidente procède au vote de la M 2583 :

Oui : 4 (4 PLR)

Non : 11 (1 EAG, 3 S, 2 Ve, 2 PDC, 2 MCG, 1 UDC)

Abstentions : –

La proposition de motion est refusée.

Ainsi, au terme de l'examen de cette proposition de motion, la majorité de la commission de la santé vous invite, Mesdames et Messieurs les député.e.s, à refuser la M 2583.

Proposition de motion (2583-A)

pour un engagement triparti assurés-médecins-assurances sur le long terme

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

- que les coûts de la santé ne cessent d’augmenter à Genève (+9% au 1^{er} trimestre 2019 en comparaison du 1^{er} trimestre 2018, source : OFSP) ;
- que la création de réserves des assurances pour l’assurance obligatoire de soins montre un taux de croissance plus important que l’augmentation des coûts (réserves +62% entre 2007 et 2017 et coûts +43% sur la même période, source : OFSP) ;
- que les réserves des patients ne les suivent pas lorsqu’ils changent d’assurance ;
- que l’intérêt pour une assurance d’accompagner le patient dans la gestion de sa santé est limité lorsque la relation patient-assurance peut être modifiée sur le très court terme (2× par année) ;
- que le Conseil fédéral a la possibilité d’autoriser des modèles alternatifs d’assurance permettant une baisse de prime pour les patients (art. 62 al. 2, 2bis et 3 LAMal),

invite le Conseil d’Etat

à utiliser les nouvelles marges législatives de la LAMal pour créer un projet pilote cantonal permettant un engagement triparti assurés-médecins-assurances sur plusieurs années pour l’assurance obligatoire de soins. L’objectif de ce projet pilote sera de renforcer la prévention, développer la coordination et l’inter-professionnalité, d’élèver les exigences de qualité et de maîtriser les coûts. Les primes des assurés impliqués dans ce projet pilote seraient bloquées durant cette période.

Date de dépôt : 12 novembre 2021

RAPPORT DE LA MINORITÉ

Rapport de M. Pierre Nicollier

Mesdames et
Messieurs les députés,

Chaque année, au mois de septembre, des hausses de prime sont annoncées aux assurés, inlassablement. Régulièrement, tant au niveau cantonal que fédéral, des projets sont proposés pour pallier cette hausse. Néanmoins, les propositions sont pour la plupart liées à la répartition des coûts et bien trop rarement liées à des modifications structurelles permettant d'éviter de générer ces coûts en première instance.

Constatant le faible engagement dans des projets de prévention et de gestion de la santé sur le moyen et le long terme, cette motion propose de mettre en place un projet pilote dans le canton de Genève permettant aux trois acteurs de notre système de santé (patient, médecin et assureurs) de s'engager sur la durée. Ce partenariat permettrait de bloquer les primes et d'engager un intérêt de chacun des acteurs pour la prévention, la coordination et l'inter-professionnalité, afin d'élever les exigences de qualité et de maîtriser les coûts.

Dans le système actuel de la santé, les prestataires sont payés pour guérir et non pour prévenir. La prévention est uniquement assumée par la collectivité publique. Un tel projet permettrait par exemple de développer des programmes de prévention des décompensations des maladies chroniques telles que la maladie de Parkinson, le diabète, l'insuffisance cardiaque, etc. Ces programmes seraient financés par les assurances. Il faut un temps certain pour observer un effet de la prévention et le système actuel n'offre pas d'incitatif à ces investissements.

La majorité de la commission a estimé qu'aucune action ne devait être entreprise pour même essayer de comprendre cette idée de test innovante. Elle n'a pas souhaité s'y intéresser et auditionner des représentants des patients, des prestataires de soins et des assurances.

Il est dommage de constater que, lorsque des propositions de changements structurels de notre système sont avancées, la majorité de la commission ne souhaite même pas les comprendre.

La majorité a décidé de refuser de demander au Conseil d'Etat de réfléchir à un projet pilote qui a pour but de développer la prévention. Ceci est incompréhensible.

La minorité vous demande d'engager le Conseil d'Etat à proposer des solutions structurelles via un projet pilote et engage donc le Grand Conseil avec insistance à accepter cette proposition de motion.