

*Date de dépôt : 12 mars 2015*

## **Rapport**

de la Commission de la santé chargée d'étudier :

- a) **R 772-A** Proposition de résolution de M<sup>mes</sup> et MM. Jean-Marc Guinchard, Bertrand Buchs, François Lance, Jean-Luc Forni, Anne Marie von Arx-Vernon, Guy Mettan, Olivier Cerutti, Vincent Maitre, Béatrice Hirsch, Martine Roset, François Lefort, Boris Calame, Jean-Michel Bugnion, Sophie Forster Carbonnier, Jean-Marie Voumard, Jean Sanchez, Henry Rappaz, Francisco Valentin, Pascal Spuhler, Thierry Cerutti, Ronald Zacharias, Marie-Thérèse Engelberts, Christian Flury, Jean-François Girardet : **Création d'un fonds fédéral chargé de gérer les réserves imposées aux assureurs-maladie (LAMal)** (*Résolution du Grand Conseil genevois à l'Assemblée fédérale exerçant le droit d'initiative cantonale*)
- b) **R 773-A** Proposition de résolution de M<sup>mes</sup> et MM. Bertrand Buchs, François Lance, Jean-Marc Guinchard, Jean-Luc Forni, Anne Marie von Arx-Vernon, Béatrice Hirsch, François Lefort, Boris Calame, Jean-Michel Bugnion, Sophie Forster Carbonnier, Jean-Marie Voumard, Jean Sanchez, Francisco Valentin, Pascal Spuhler, Thierry Cerutti, Ronald Zacharias, Marie-Thérèse Engelberts, Christian Flury, Jean-François Girardet pour la séparation de la pratique de l'assurance de base des assurances privées, modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (*Résolution du Grand Conseil genevois à l'Assemblée fédérale exerçant le droit d'initiative cantonale*)

## Rapport de M<sup>me</sup> Danièle Magnin

Mesdames et  
Messieurs les députés,

La Commission de la santé du Grand Conseil s'est consacrée à l'étude de ces propositions de résolutions lors de sa séance du 6 mars 2015.

Cette séance s'est tenue sous la présidence de M. Thomas Bläsi qui a su mener les débats avec intelligence et sérénité. Qu'il soit ici remercié de son travail.

Ont assisté à la séance et participé aux travaux : MM. Mauro Poggia, conseiller d'Etat DEAS, Adrien Bron, directeur général DGS, Patrick Mazzaferi, directeur du Service de l'assurance-maladie (SAM).

La rapporteuse tient à remercier chaleureusement M. Sébastien Pasche qui a tenu le procès-verbal de la séance avec précision et l'a communiqué avec la plus grande célérité.

### Mémorial du Grand Conseil des séances des 15 et 16 mai 2014

Ces propositions de résolutions ont été déposées le 3 octobre 2014. Elles ont été renvoyées sans débat par le Grand Conseil lors de sa séance du jeudi 13 novembre 2014 à ladite commission.

### R 772 : Création d'un fonds fédéral chargé de gérer les réserves imposées aux assureurs-maladie (LAMal)

#### Présentation de la proposition de résolution par M. Jean-Marc Guinchard, premier signataire

M. Guinchard remercie la commission et indique que cette résolution est l'une des conséquences des votations du 28 septembre 2014, qui a vu le rejet de la caisse publique. Il relève que, selon les dispositions de la LAMal, les assureurs doivent constituer une réserve de 10% si le nombre d'assurés est supérieur à 150 000 et de 15% si ce nombre est inférieur à 150 000. Il rappelle qu'en 2005, M. Unger et M. Maillard ont remarqué que la moyenne de ces réserves s'élevait à plus de 40%, donc quatre fois plus que les montants légaux. Il ajoute que M. Unger et M. Maillard se sont rendus plusieurs fois à Berne dans le but de mettre en lumière cette problématique et d'obtenir un remboursement pour les assurés concernés. Il observe qu'il a fallu dix ans pour que le remboursement soit décidé et souligne que ce dernier sera remboursé à  $\frac{1}{3}$  par les assureurs,  $\frac{1}{3}$  par la Confédération et  $\frac{1}{3}$  par

les assurés des cantons ayant bénéficiés de ces réserves. Par ailleurs, il relève que l'on constate que les réserves font l'objet d'une gestion peu claire par les assureurs. Il estime qu'il convient de rappeler que les réserves sont constituées sur la tête de chaque assuré et que, lorsque l'assuré quitte son assurance, elles demeurent en main de l'assureur. Il précise qu'un million d'assurés changent d'assurances chaque année. Il souligne que le nouvel assureur qui reçoit les assurés est obligé de reconstituer de nouvelles réserves sur la tête des nouveaux assurés. Il observe qu'un assureur, qui affiche pour l'année suivante des primes relativement basses et reçoit donc de nombreux nouveaux clients, doit reconstituer des réserves qui peuvent représenter un coût important et déboucher sur une augmentation des primes pour éviter une éventuelle faillite de la caisse. Il explique que le but de la résolution est donc d'arriver à une gestion centralisée de ces réserves par une institution de droit public, dans laquelle pourraient être représentés les assurés et les personnes de la Confédération ou des cantons qui seraient intéressés. Il espère que cette résolution recevra un accueil positif de la part de la commission, afin qu'elle parvienne à Berne, sachant cependant que l'accueil bernois des initiatives genevoises est généralement froid.

Une députée (EAG) indique ne pas avoir compris la question de la reconstitution des réserves et désire savoir depuis quand la nouvelle caisse est censée reconstituer les réserves d'un nouveau client.

M. Guinchard explique que, lorsqu'il y a une prime moyenne de 400 F, la réserve de 10% équivaldrait donc à 40 F par cotisation. Il explique que cette somme reste en main de l'ancien assureur et que, multipliée par le nombre d'assurés qui changent d'assurance, elle doit être reconstituée par le nouvel assureur pendant le nombre d'années au cours desquelles les nouveaux assurés sont membres de la nouvelle caisse.

Une députée (EAG) observe que ce qui pose problème est donc la différence entre les arrivants et les sortants.

M. Guinchard lui répond par l'affirmative. Il ajoute qu'il est en outre difficile de prévoir la masse d'arrivants, ce qui oblige parfois les assureurs à augmenter les primes.

Un député (S) désire savoir si l'on aurait pu aborder la question sous un autre angle et imaginer que les réserves constituées par une personne suivent cette dernière lorsqu'elle change d'assurance.

M. Guinchard relève que cela est possible théoriquement mais qu'il ne sait toutefois pas ce que cela représenterait, au niveau pratique, en ce qui concerne les charges administratives pour effectuer l'ensemble du décompte. Il souligne par ailleurs que le texte de la résolution est plutôt inspiré par

l'exemple du fonds de compensation des risques, qui est géré de manière centralisée.

Un député (S) observe que le PDC a proposé deux résolutions. Il se demande s'il est vraiment opportun de faire deux initiatives, compte tenu de l'accueil bernois habituel plutôt froid. Il se demande s'il ne conviendrait pas de s'en tenir à la résolution du département.

M. Guinchard relève que le texte initial prévoyait les deux volets dans une seule résolution, mais il explique que finalement, il est peut-être plus facile de faire passer un élément plutôt que les deux à la fois, raison de la division en deux objets. Par ailleurs, il souligne que la nouvelle disposition fédérale n'a pas résolu les deux problèmes soulevés par chacune de ces résolutions. Il estime que la chronologie à adopter appartient en premier lieu au Grand Conseil. Il ajoute que l'avantage est que l'on est quasiment certain de pouvoir obtenir l'appui des cantons romands et des parlementaires zurichoïses.

Le Président se demande si le changement de montant, annoncé récemment, sur les primes prélevées en trop, change la donne par rapport à la légitimité de la résolution. Il se demande en outre quel est le poids que cette résolution peut avoir à Berne. Il se demande si le fait d'envoyer quatre textes ne va pas finalement focaliser l'agressivité de Berne.

M. Guinchard estime que ce changement rend la résolution encore plus légitime. Il relève que les Genevois provoquent plus des moqueries ou de l'irritabilité que de l'agressivité. Il relève que chaque fois que Genève intervient par rapport à des questions liées à l'assurance-maladie, le canton passe toujours pour le canton le plus cher et celui qui a le moins bien planifié.

Un député (PLR) relève qu'en 2010, la R 574 avait été envoyée et prévoyait que la part des réserves suive l'assuré, comme l'a proposé un député socialiste. Il explique que la commission de la santé du Conseil national n'est cependant pas entrée en matière.

Un député (S) désire savoir ce que devient la réserve de la personne, lorsqu'elle quitte l'assurance.

M. Guinchard explique qu'elle reste acquise à l'assurance, mais qu'il y a néanmoins une forme de fonction redistributive car, pour les assurés de l'ancienne assurance, la réserve permet de maintenir les cotisations à un niveau supportable.

Le Président demande si la commission envisage des auditions. Ce n'est pas le cas.

Une députée (PLR) désire connaître l'avis du département.

M. Poggia indique que cette résolution rejoint l'opinion que le département a du système actuel. Il explique que rien n'a encore été fait dans ce sens car le Conseil d'Etat considèrerait qu'il y avait d'autres priorités sur le sujet. Il relève que cette nationalisation des réserves par opposition à une cantonalisation des primes pose une problématique car toute prime excédant les coûts de la santé est attribuée aux réserves, ce qui fait que les assurés qui paient trop ne peuvent pas considérer que leurs réserves leur seront rétrocédées l'année suivante. Par ailleurs, il estime que le nomadisme des assurés vers les assureurs les moins chers est une forme absurde de concurrence. Il observe que l'arrivée massive d'assurés implique la création de nouvelles réserves et engendre donc une augmentation des primes de l'ensemble, même si la gestion était bonne jusque-là. Il indique que l'on se demande parfois s'il n'existe pas un consensus entre les assureurs consistant à se répartir d'une année à l'autre le rôle de meilleur élève. Il souligne que le Groupe Mutuel gère plusieurs assurances et observe qu'il n'y a pas de raisons valables que l'une soit mieux gérée que les autres puisqu'il s'agit des mêmes gestionnaires. Il relève que le fait de prévoir une fois pour toute des réserves permet d'éviter de devoir constamment les reconstituer. Par ailleurs, il pense que les chances de voir aboutir une telle résolution sont extrêmement minces mais il considère qu'il ne faut pas pour autant s'empêcher de lancer une réflexion dans ce sens.

M. Bron considère que ce qui a été exposé rejoint l'expérience que le département a du système. Il observe qu'il existe bel et bien un déficit de solidarité collective qui se traduit par ces non-transferts de réserves. Il considère que, si l'on peut rendre les choses plus cohérentes, cela est positif. Il souligne qu'il reste l'élément tactique, qui appartient à la commission, consistant à se demander combien d'objets il convient d'envoyer à Berne.

Une députée (MCG) évoque la question de la prétendue absence de solidarité des personnes qui changent de caisse. Elle explique qu'elle se réfère chaque année à la publication sur le site du service cantonal de l'assurance-maladie. Elle observe que les primes varient de 397 F à 712 F par mois selon les caisses ; elle considère qu'il est donc normal de se tourner vers les primes les moins chères et que cela ne constitue pas un manque de solidarité. Elle estime que le dysfonctionnement ressort surtout de la mauvaise gestion des réserves et considère qu'il faudrait revenir à un système qui s'apparente à l'allocation familiale qui correspond à un enfant.

M. Poggia souligne qu'il n'a pas dit que le fait de changer de caisse était une absence de solidarité. Il explique que, dans l'esprit du législateur, le système engendre de manière perverse une pénalisation de celui qui est qualifié comme bon élève. Il ajoute que cette résolution prévoit qu'il y ait

justement une réserve commune. Il estime que faire une communauté d'assurés de 8 millions de personnes permettrait de faire une réserve inférieure car le risque serait mieux réparti ; il souligne que les réserves sont toujours plus grandes dans les petites caisses car le risque est majeur. Il considère par ailleurs que le système tend à supprimer les plus petits et il se demande au fond si ce n'est pas surtout pour cette raison que le système a été mis en place. Par ailleurs, il relève que l'on pourrait augmenter l'ensemble des primes des assurés, dans le cas où des maladies affecteraient la population de manière plus importante que ce qui avait été prévu. Il relève par ailleurs qu'il ne s'agit selon lui que d'une étape vers ce à quoi il faudrait tendre un jour. Il explique que l'on doit aujourd'hui être solidaire par canton et que l'on est donc solidaire dans un canton, en maîtrisant les coûts, mais que cette bonne gestion et cette bonne planification ne sont pas récompensées à travers des primes qui baissent. Il estime que cela doit changer et qu'un tel changement constituerait déjà une bonne avancée. Il observe qu'aujourd'hui les réserves partent dans le décor avec des primes calculées par assuré. Il ajoute que de petits cantons n'ayant que 40 000 habitants sont assurés par des dizaines de caisses et que leurs primes n'ont que très peu variés ces dernières années. Il souligne que cela n'est pas dû à leur bonne gestion mais aux cantons plus grands, comme Genève, qui permettent cette stabilité aux petits cantons.

Une députée (MCG) désire s'assurer qu'il y a bel et bien une surveillance des caisses de la part de la Confédération et des cantons.

M. Poggia indique que c'est normalement l'OFSP qui se charge de l'approbation des primes qui lui sont proposées et que le canton doit normalement donner son avis. Il souligne toutefois qu'il est difficile d'aller au fond des choses car le département n'a que trois semaines, chaque été, pour se prononcer sur l'ensemble des primes proposées par l'ensemble des assureurs. Il se demande par ailleurs si le travail effectué par ses équipes est véritablement lu à Berne.

Une députée (MCG) désire savoir s'il y a un moyen de calculer les réserves par tête d'assuré.

M. Bron indique qu'un exposé est prévu par la suite à ce sujet. Il souligne que le département reçoit les éléments qui servent à l'OFSP pour fixer les primes, c'est-à-dire des auto-déclarations des assurances. Il explique que le département a ainsi pu faire la reconstitution de l'évolution des primes, ce qui était confirmé jusqu'à 2011 par l'OFSP au niveau de la hauteur théorique des réserves cantonales. Il relève toutefois que, depuis 2011, le moment où les Chambres fédérales ont admis qu'il était légitime de se poser la question, ces

éléments ne sont plus disponibles. Il explique que le département n'a donc pas les comptes des caisses et ne peut faire que des estimations.

M. Poggia relève que les caisses sont censées être contrôlées à Berne, mais il estime que les moyens humains pour effectuer un tel travail sont clairement insuffisants.

Un député (S) considère qu'il est presque avantageux pour une assurance de perdre des clients, surtout s'il s'agit de clients malades. Il observe qu'il s'agit d'une perte pour la nouvelle assurance car elle va devoir constituer une nouvelle réserve. Il se demande donc comment Assura peut rester la caisse la meilleur marché et si cela est dû uniquement à l'effet tiers garant, tiers payant.

M. Poggia considère qu'il s'agit d'une sélection des risques car les malades lourds ne choisissent pas une caisse qui ne paie pas directement les frais médicaux à la pharmacie. Il souligne que personne n'aurait intérêt à faire cette sélection si la compensation des risques fonctionnait correctement. Par ailleurs, il relève qu'il semble exister des moyens peu avouables employés pour pousser parfois les malades chroniques à aller voir ailleurs. Il cite la pratique consistant à prendre particulièrement beaucoup de temps pour rembourser les factures ou encore la pratique visant à constamment mettre en doute la légitimité des traitements prescrits. Il observe qu'une assurance n'a pas techniquement les moyens de refuser quelqu'un mais qu'il existe cependant des moyens plus subtils de convaincre les gens de ne pas changer d'assurance.

Une députée (MCG) se demande s'il n'appartiendrait pas au canton de donner une information plus importante au sujet du fonctionnement du service des prestations des assurances et si l'on fait vraiment tout ce que l'on peut à ce sujet. Elle indique qu'elle est elle-même chez Assura depuis bientôt vingt ans, qu'elle est satisfaite et qu'elle ne leur coûte pas très cher ; elle se dit donc étonnée de ce qu'elle entend. Par ailleurs, elle relève que, pour tous les gens qui ont contracté Pharmed, il n'y a désormais plus l'exemption de la taxe perçue par le pharmacien chez Sun Store. Plus généralement, elle a l'impression que les gens ne sont pas assez au courant de la situation et ne peuvent pas suffisamment appliquer leurs droits. Enfin, elle estime que le subside devrait être accordé automatiquement et observe que ce n'est plus le cas.

Le Président observe que la non-prise des taxes par les pharmacies Sun Store est due à une baisse de prix de certains médicaments en 2014 qui a conduit Sun Store à se rendre compte qu'ils devaient baisser leurs charges. Il souligne par ailleurs que le cadeau qui était fait par la pharmacie ne concerne

que les 10% et qu'il ne s'agit donc que de 75 cts. Il ajoute que le fait de ne pas prendre la taxe sur ces 10% revient aussi à faire le cadeau sur les 90% à la caisse maladie. Il indique enfin qu'à court ou moyen terme, les assureurs savaient qu'ils allaient obtenir des avantages en dirigeant leurs clients vers Sun Store.

M. Mazzaferri souligne que la loi n'oblige pas le SAM à faire de l'information, même s'il l'avait fait pendant un certain temps. Il explique que l'on a reproché cela au SAM car il créait une distorsion dans le marché et que l'Etat se doit de respecter le concept de la neutralité concurrentielle. Il relève néanmoins que le SAM a mis des liens qui renvoient directement le consommateur vers des informations utiles concernant les différentes offres.

M. Poggia indique que l'on peut donner l'information pour que les personnes voient par elles-mêmes quelle est la caisse la moins chère. Concernant l'explication de l'ensemble du système aux assurés, il estime que le débat de l'année passée sur la caisse publique a déjà permis au peuple genevois de percevoir toutes les imperfections du système actuel.

Le Président souligne que Comparis a été mis en cause, car le site était financé par les caisses-maladie.

M. Poggia observe que Comparis avait effectivement des problèmes de transparence car il y avait notamment des cas où l'on tentait de dissuader des malades chroniques ou des personnes âgées d'intégrer telle ou telle caisse. Il relève que la Confédération avait commencé à mettre en place un comparateur mais que ce projet s'est interrompu, selon lui, à cause des pressions exercées par les lobbies des assureurs. Il souligne enfin que les seuls éléments que l'assuré peut choisir sont les primes et les franchises car les prestations restent les mêmes.

Un député (S) demande que le rapport de cet objet soit déposé la semaine prochaine, afin qu'il puisse être traité lors de la prochaine séance plénière.

Le Président soumet au vote la R 772 :

<b>Pour :</b>	<b>12 (1 EAG, 2 S, 1 Ve, 1 PDC, 2 PLR, 2 UDC, 3 MCG)</b>
<b>Contre :</b>	<b>–</b>
<b>Abstentions :</b>	<b>2 (1 S, 1 PLR)</b>

**La R 772 est adoptée. Les extraits sont préavisés.**



## **R 773 : pour la séparation de la pratique de l'assurance de base des assurances privées, modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)**

### **Présentation de la proposition de résolution par M. Bertrand Buchs, premier signataire**

M. Buchs indique que sa résolution est venue après le vote du 28 septembre 2014. Il observe que la séparation des caisses de base avec les caisses privées n'est pas quelque chose de nouveau. Il explique qu'une initiative avait circulé mais qu'elle n'avait récolté que 80 000 signatures ; il indique qu'elle avait alors été déposée comme pétition à Berne et que le Conseil fédéral avait alors décidé de reprendre l'idée en déposant un contre-projet, qui a été rejeté aux Chambres fédérales, raison pour laquelle l'on a voté seulement sur la caisse publique. Il souligne que M. Berset a déposé il y a peu quasiment le même texte devant les Chambres fédérales et il explique que la commission de la santé au Conseil aux Etats a décidé de ne pas donner suite et de refuser cette proposition. Il se demande donc, en préambule, au cas où la commission accepte cette résolution, que le vote se fasse rapidement afin que la résolution puisse être envoyée le plus tôt possible à Berne et que la commission de la santé du Conseil national puisse recevoir ce projet. Il rappelle qu'il y a actuellement deux systèmes : les assurances complémentaires et l'assurance de base. Il observe qu'il n'y a théoriquement pas d'échanges possibles entre les deux caisses. Il explique que l'on s'est néanmoins rendu compte qu'il était fréquent que les mêmes personnes traitent les mêmes dossiers, dans les mêmes bureaux, ce qui signifie qu'il est très facile pour la personne en charge d'avoir accès aux maladies d'un assuré (car tous les renseignements médicaux doivent être donnés lors de la prise d'assurance complémentaire), même si elle n'est censée se charger que de l'assurance de base du client. Il estime que ce rapprochement permet donc aux caisses de sélectionner les bons et les mauvais patients. Il souligne que le premier problème est donc le non-respect du secret médical. Par ailleurs, il explique que les opposants à cette séparation (les assurances) mettent en avant les synergies entre les deux types de caisses qui permettent de faire des millions d'économie, ce qui revient au fond à avouer que ces synergies existent bel et bien. Il observe que se pose alors la question de la gestion des bâtiments et du personnel et de qui paie au fond ce personnel, l'assurance de base ou l'assurance complémentaire ? Il souligne que, lorsque la loi sur l'assurance-maladie avait changé, l'on s'était rendu compte que les caisses achetaient les bâtiments par l'assurance de base, puis les revendaient à perte par l'assurance privée, faisaient donc une perte sur l'assurance de base qui était compensée par l'augmentation des primes, et faisaient enfin un gain sur

l'assurance privée. Finalement, après la votation sur la caisse publique, il relève que l'ensemble du conseil d'administration du Groupe Mutuel a été débarqué car, selon lui, la FINMA a dû voir des choses qui n'étaient pas avouables. Il estime, à l'instar du Conseil fédéral, qu'il convient de tendre vers une solution de séparation. Il relève que cela ne risque pas d'avoir un grand poids car la majorité du Conseil national et du Conseil aux Etats est acquise à la cause des assurances, mais il considère qu'il est tout de même important que le canton de Genève dise qu'il soutient le Conseil fédéral et qu'il veut un changement de système.

Un député (S) relève que c'est mardi dernier que la commission de la santé du Conseil aux Etats a refusé l'entrée en matière. Il comprend que M. Buchs estime qu'il faut aller vite mais il souligne avoir eu vent d'autres avis de parlementaires fédéraux qui disaient qu'il valait mieux attendre un peu afin de ne pas risquer d'essayer une énième réponse négative. Il se demande donc pourquoi M. Buchs incite à procéder rapidement. Par ailleurs, il se demande s'il ne faudrait pas finalement se contenter d'envoyer la proposition du Conseil d'Etat et non divers documents qui risqueraient d'être facilement balayés.

M. Buchs indique qu'il laisse la commission juge de ses propres décisions. Il souligne par ailleurs qu'il aurait été souhaitable que la résolution arrive plus tôt à la commission mais que cela dépend de la longueur des travaux parlementaires. Il ne considère pas qu'il s'agisse d'une nouvelle Genferei, il relève que d'autres cantons font aussi des initiatives cantonales. Il estime au contraire qu'il est important que Genève puisse donner son avis et que cela lui semble intéressant pour les députés fédéraux afin qu'ils sachent qu'il existe des avis différents. En outre, il considère que le troisième objet (de l'ordre du jour) est sans doute le plus important en matière de caisse maladie et il estime que pour ce sujet, il est nécessaire de toujours revenir à la charge ; il cite l'exemple du remboursement des primes perçues en trop qui a finalement débouché sur quelque chose. Il souligne que le Conseil fédéral est du même avis que Genève et considère qu'il vaut donc la peine de montrer que le canton de Genève soutient le Conseil fédéral en ce sens.

Un député (S) indique que sa remarque visait avant tout à proposer de mettre tout le poids sur la R 781, sans se disperser, et non de ne rien faire.

M. Buchs considère que l'on peut se permettre d'envoyer plusieurs textes à Berne. Il observe par ailleurs que l'on a toujours peur que cela ne serve à rien, mais il relève qu'il arrive que des textes soient parfois acceptés.

Un député (PDC) désire revenir sur les divers objets. Il observe que ces derniers ne parlent pas tous de la même chose puisque les motions PDC

parlent de réformes du système actuel, tandis que la motion socialiste et la résolution du Conseil d'Etat relèvent plus du projet de caisse unique. Il considère donc que, si la caisse unique est acceptée, cela résoudra le problème de fonds de compensation et celui de la séparation entre les caisses de base et les caisses complémentaires ; il observe en revanche que, si la caisse unique n'aboutit pas, l'on va rester dans le système actuel, raison pour laquelle les R 772 et R 773 selon lui font sens.

*Le Président remercie M. Buchs et le raccompagne.*

M. Poggia estime que cette initiative part d'un bon sentiment et qu'elle est en lien avec la position du Conseil fédéral. Il estime que le mélange des genres permet des passerelles comptables très vraisemblables. Il souligne, concernant le Groupe Mutuel, que, lorsque l'on sait que tout est géré dans le même bâtiment, il convient de savoir comment le salaire du personnel est géré ou encore comment le loyer du bâtiment est réparti entre la base et la complémentaire. Il relève par ailleurs que la clé de répartition a été jugée satisfaisante par l'OFSP. Il observe qu'il ne reste plus que 14 caisses qui offrent à la fois l'assurance de base et les assurances complémentaires. Il estime qu'il conviendrait qu'il y ait une séparation non seulement juridique, mais aussi structurelle et économique. Il indique que cette résolution est un signe positif mais il craint qu'elle n'arrive trop tard et que le système, déjà organisé, ne l'absorbe sans aucun problème.

M. Bron estime que le fait d'avoir des intérêts similaires entre les assurances complémentaires et les assurances privées constitue un frein important pour la réflexion autour de la maîtrise des coûts pour l'assurance de base. Il relève que l'on voit qu'il sera toujours plus avantageux, pour les assureurs, d'utiliser les clients obligatoires pour essayer de leur faire bénéficier de la part lucrative des activités dans l'assurance complémentaire, plutôt que de réfléchir à la maîtrise des coûts. Il estime qu'il y a bien entendu des aspects de transparence mais qu'il s'agit surtout d'un frein sur l'amélioration du système de santé.

Une députée (MCG) indique que les gens ont souvent peur qu'il y ait des complications, notamment des retards de paiements aux fournisseurs de prestations. Elle considère que cela les incite à contracter des complémentaires auprès du même assureur.

M. Poggia observe qu'il est effectivement plus simple de tout payer avec un seul bulletin de versement. Toutefois, il relève que tout ce qui concerne l'ambulatoire est à la charge de l'assurance de base uniquement, alors que pour une hospitalisation en clinique privée, l'on envoie la facture à la complémentaire, qui, elle, se retourne le cas échéant vers l'assurance de base.

Il estime que le fait que la complémentaire soit dans la même compagnie que l'assurance de base ou pas ne pose pas de problèmes particuliers. Il considère néanmoins qu'il vaut la peine de se demander si le fait qu'une complémentaire et une assurance de base fassent partie d'une même compagnie ne permettrait pas à la complémentaire de se faire rétrocéder une partie des factures par l'assurance de base, alors qu'elle n'aurait pas l'obligation de le faire.

M. Bron observe que la LAMal permet en effet, pour les hôpitaux conventionnés où il n'y a pas d'obligation de contracter, que l'assurance intervienne pour boucler des hospitalisations, même lorsqu'elles ne sont pas listées.

Un député (PLR) se demande, d'un point de vue de la gestion d'entreprise, si le fait de demander à des structures administratives de se séparer ne risque pas plutôt d'augmenter les coûts à la fois de l'assurance de base et des assurances complémentaires.

M. Poggia considère que la caisse unique permettrait d'éviter une multiplication de conseils d'administration. Par ailleurs, il relève que la rationalisation du travail permet en effet de faire des économies, mais il souligne que l'on ne sait toutefois pas aujourd'hui qui en bénéficie : les assurés, les assurés complémentaires ou plutôt les actionnaires des assurances complémentaires.

Le Président soumet au vote la R 773 :

<b>Pour :</b>	<b>12 (1 EAG, 2 S, 1 Ve, 1 PDC, 2 PLR, 2 UDC, 3 MCG)</b>
<b>Contre :</b>	<b>–</b>
<b>Abstentions :</b>	<b>2 (1 S, 1 PLR)</b>

**La R 773 est adoptée. Les extraits sont préavisés.**

Mesdames et Messieurs les députés, la rapporteure vous prie d'avoir l'amabilité de donner une suite favorable aux présents projets de résolutions.

## Proposition de résolution

(772)

**Création d'un fonds fédéral chargé de gérer les réserves imposées aux assureurs-maladie (LAMal)** (*Résolution du Grand Conseil genevois à l'Assemblée fédérale exerçant le droit d'initiative cantonale*)

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève

vu l'article 160, alinéa 1 de la Constitution fédérale, du 18 avril 1999 ;

vu l'article 115 de la loi fédérale sur l'Assemblée fédérale, du 13 décembre 2002 ;

vu l'article 156 de la loi portant règlement du Grand Conseil de la République et canton de Genève, du 13 septembre 1985 ;

vu l'article 41, alinéa 1, lettre a de la Constitution fédérale, du 18 avril 1999 ;

vu le Message du Conseil fédéral, du 6 novembre 1991 ;

vu les articles 11, 12 et 13 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) ;

vu l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur les réserves de l'assurance-maladie sociale ;

considérant :

- le résultat de la votation du 28 septembre sur la caisse publique ;
- le scandale des primes trop payées par les assurés des cantons de Genève, Vaud et Zurich ;
- le remboursement dérisoire de ces montants trop perçus,

demande à l'Assemblée fédérale

de modifier la LAMal et de prévoir la centralisation des réserves sous l'égide d'une fondation de droit public chargée de gérer les réserves, composée de représentants des assurés, de la Confédération et des cantons.

## **Proposition de résolution**

**(773)**

**pour la séparation de la pratique de l'assurance de base des assurances privées, modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)**  
*(Résolution du Grand Conseil genevois à l'Assemblée fédérale exerçant le droit d'initiative cantonale)*

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève

vu l'article 160, alinéa 1 de la Constitution fédérale, du 18 avril 1999 ;

vu l'article 115 de la loi fédérale sur l'Assemblée fédérale, du 13 décembre 2002 ;

vu l'article 156 de la loi portant règlement du Grand Conseil de la République et canton de Genève, du 13 septembre 1985 ;

vu l'article 41, alinéa 1, lettre a de la Constitution fédérale, du 18 avril 1999 ;

vu le Message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991 ;

vu les articles 11, 12 et 13 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) ;

vu l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur les réserves de l'assurance-maladie sociale,

considérant :

- le résultat des votations du 28 septembre sur la caisse publique ;
- l'enquête en cours de la FINMA concernant le Groupe Mutuel Assurances ;
- la gestion commune des deux entités, base et privée, par les assurances-maladie ;
- l'existence avouée et admise d'une synergie entre les deux types d'assurance,

demande à l'Assemblée fédérale

de modifier la LAMal et de prévoir d'interdire aux assureurs sociaux de pratiquer l'assurance complémentaire ou toute autre forme d'assurance privée (assurance-vie, RC et autres).

# Commission de la santé

6 mars 2015

## R 781

pour modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994  
(initiative du canton à l'Assemblée fédérale)

## M 2232

Le Conseil d'Etat doit s'engager pour une caisse publique d'assurance-maladie cantonale ou régionale



REPUBLIQUE  
ET CANTON  
DE GENÈVE

1800 1100000 1100

Direction générale de la santé - DEAS

## Inconvénients du système d'assurance maladie selon la LAMal

- Sélection des risques
- Complexité
- Opacité de la fixation des primes
- 64a LAMal: processus défavorable pour garantir la continuité des prestations
- Conventions tarifaires multiples (coûts administratifs cachés)
- Déficit de données statistiques pour piloter le système de santé
- Echec de la maîtrise des coûts
- Pas un modèle pour innover ni pour maîtriser la qualité



REPUBLIQUE  
ET CANTON  
DE GENÈVE

1800 1100000 1100

Direction générale de la santé - DEAS

## Sélection des risques

- Les assureurs sélectionnent les "bons risques" mais cherchent à se situer au-dessus de la prime moyenne cantonale afin d'éviter les assurés sociaux
- Malgré l'obligation d'assurer, des catégories d'assurés sont refusées
- Les stratégies de sélection des risques ont des conséquences budgétaires pour le canton



## Complexité

- Système informatique complexe et coûteux
- Il doit pouvoir communiquer avec plus de 40 assureurs
- Plusieurs milliers de primes différentes à gérer
- Projets de lois fédérales à mettre en œuvre (art. 64a + 65 LAMal)
- Grand nombre de doubles affiliations à gérer
- Protection des données
- "Coûts cachés" du système





## Opacité de la fixation des primes

- Selon les art. 61, al. 5 et 21a, al. 1, les cantons peuvent recevoir les documents officiels sur lesquels se fonde l'autorité fédérale pour approuver les tarifs des primes
- Auto-déclarations des assureurs non vérifiées
- Réserves cantonales non renseignées
- Pas de baisses de primes même quand les coûts sont contenus
- Trois jours pour se prononcer
- Données contestées (p. ex. réserves, provisions, frais administratifs, subsides, nombres d'assurés, etc.)
- Les observations du canton ne sont jamais suivies d'effet et les hausses toujours acceptées



Direction générale de la santé - DEAS

## Article 64a LAMal pour éviter l'interruption des prestations

L'assuré ne paie pas ses primes, franchises et/ou quote-part

- L'assureur après un rappel met aux poursuites l'assuré
- L'Office des poursuites analyse la situation de l'assuré-débiteurs et émet un acte de défaut de biens (ADB)
- L'assureur envoie chaque année au SAM la liste des personnes ayant obtenu un ADB avec le montant total arriéré
- Le SAM prend en charge 85% du montant total arriéré présenté par l'assureur
- L'assureur conserve les ADB et peut exercer une action récursoire
- L'assureur doit verser au SAM 50% de toute somme recouvrée



Direction générale de la santé - DEAS

## Multiplication des tarifs

- Des dizaines de conventions tarifaires doivent être approuvées annuellement par le Conseil d'Etat
- Le canton ne participe pas aux négociations tarifaires
- En cas d'absence de convention, le canton fixe les tarifs
- Recours juridiques systématiques des assureurs
- Coûts administratifs cachés et manque de cohérence



REPUBLIQUE  
ET CANTON  
DE GENÈVE

1001 CHAMBLIS LUG

Direction générale de la santé - DEAS

## Déficit de statistiques

- Monitoring des coûts OFSP depuis 2006 seulement (~10 rubriques, édition trimestrielle)
- Manque de détail, information très globale, non commentée
- Les assureurs refusent de collaborer avec le canton p. ex. sur les profils de consommation (urgences / nombre de consultations / durée des traitements)
- L'absence de ces données interdit un pilotage efficient du système de santé, autant que la validation de la qualité dans l'ambulatoire



REPUBLIQUE  
ET CANTON  
DE GENÈVE

1001 CHAMBLIS LUG

Direction générale de la santé - DEAS

## Pas d'innovation

- Mauvaise coordination des soins
- Mauvaise intégration des nouvelles technologies
- Pas d'incitatifs pour les caisses/de la part des caisses maladies



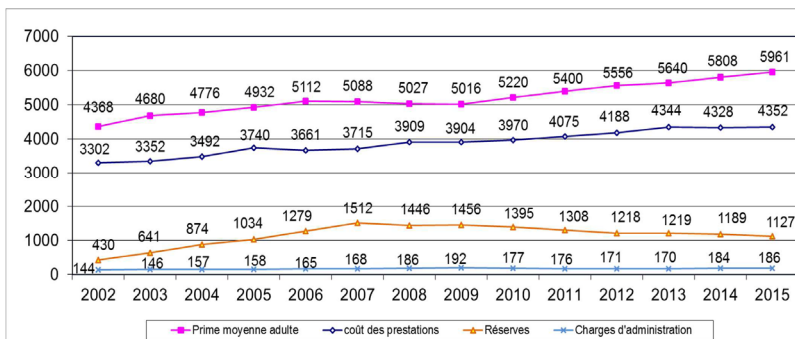
REPUBLIQUE  
ET CANTON  
DE GENÈVE

POUR TOUTES LES

Direction générale de la santé - DEAS

## Echec de la maîtrise des coûts

- Augmentation des paiements obligatoires
- Pas de contrôle sur l'efficacité des ressources



REPUBLIQUE  
ET CANTON  
DE GENÈVE

POUR TOUTES LES

Direction générale de la santé - DEAS