

Proposition présentée par les députés:

M^{mes} et MM. Laurence Fehlmann Rielle, Loly Bolay, Carole-Anne Kast, Lydia Schneider-Hausser, Françoise Schenk-Gottret, Rogers Deneys, Christian Brunier, Anne Emery-Torracinta, Alain Etienne, Gabrielle Falquet, Ariane Wisard-Blum

Date de dépôt: 24 janvier 2007

Messagerie

Proposition de motion

Respect de la dignité humaine et accès aux soins pour tous

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

- les modifications votées par l'assemblée fédérale le 15 mars 2005 avec entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006 de l'article 64a de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) qui entraînent :
 - la suspension des prestations en tout début de procédure de poursuite pour les assurés qui n'ont pas payé leurs primes, leur participation aux coûts ou leur franchise,
 - l'impossibilité, pour un assuré qui est en retard dans le paiement de ses primes d'assurance, de changer d'assureur-maladie ;
- la modification de l'article 90 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) qui permet aux assureurs, moyennant certaines conditions, de compenser les primes, les participations aux coûts, les intérêts moratoires et les frais de poursuites par les prestations dues ;
- l'impossibilité pour le canton de distinguer les assurés solvables et ceux nécessitant une aide ;

- les assureurs-maladie qui suspendent des assurés bénéficiaires des prestations complémentaires AVS/AI (PC AVS/AI), souvent pour des montants modestes ;
- le refus de délivrer des médicaments aux assurés débiteurs de la part de certaines pharmacies, qui peuvent savoir si un assuré est en situation de suspension de prestations, grâce à leur accès à la banque de données de la Coopérative professionnelle des pharmaciens suisses (OFAC) et de son lien avec celle de Santésuisse ;
- les différentes démarches du canton de Genève entreprises au plan fédéral et qui n'ont pas abouti ;
- les différentes démarches du Département de la solidarité et de l'emploi auprès de Santésuisse restées sans réponse !
- l'augmentation exponentielle des demandes de traitement auprès de la policlinique de médecine des HUG ;
- l'arrêt de traitement par les assurés sous le coup d'une suspension de prestation par les assureurs ;
- le refus ou l'arrêt de traitement de certains prestataires de soins à un patient sous le coup d'une suspension de prestation,

invite le Conseil d'Etat

- à assurer la dignité humaine à toute la population et que toute personne atteinte dans sa santé se voit rembourser les traitements effectués par tous les prestataires de soins reconnus ;
- à continuer toutes les démarches envisageables auprès des autorités fédérales et de Santésuisse afin de modifier cette situation de non-respect de la dignité humaine.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames et
Messieurs les députés,

« Mais, me direz-vous, pourquoi alors suspendre le paiement des prestations? **Tout simplement pour provoquer une réaction!** Au moment où il y a suspension des prestations parce qu'elle n'a pas payé les primes, la personne en cause est confrontée à une situation qui dépend de son état financier. Ou bien sa situation financière est mauvaise et, dans ce cas-là, il faut s'adresser aux services sociaux qui, de toutes façons, seront appelés un jour à agir; et on intervient plus rapidement que dans le système actuel, avant qu'il y ait accumulation de primes non payées. Ou bien sa situation financière n'est pas mauvaise, mais il y a simplement mauvaise volonté de la part de l'assuré, et, dans ce cas-là, la pression vient plus tôt pour ne pas laisser s'accumuler des retards dans le paiement des primes puisqu'il y a suspension du paiement des prestations dès l'ouverture de la poursuite. »

Voilà ce que déclarait Pascal Couchepin, conseiller fédéral lors du débat sur la révision de la LAMal aux chambres fédérales le 13 mars 2005. Suite à ce débat, l'article 64a nouveau de la LAMal a été voté par la majorité du parlement comme suit :

1 Lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie un rappel écrit et lui impartit un délai de 30 jours en attirant son attention sur les conséquences qu'il encourt s'il n'effectue pas ses paiements dans ce délai (al. 2).

2 Si, malgré le rappel, l'assuré n'a effectué aucun paiement et qu'une réquisition de continuer la poursuite a été déposée dans le cadre de la procédure d'exécution forcée, l'assureur suspend la prise en charge des coûts des prestations jusqu'à ce que les primes ou les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite soient payés intégralement. Simultanément, il informe le service cantonal chargé de veiller au respect de l'obligation de s'assurer que les prestations sont suspendues.

3 Dès le paiement intégral des primes ou des participations aux coûts arriérées ainsi que des intérêts moratoires et des frais de poursuite, l'assureur prend à sa charge les prestations fournies pendant la durée de la suspension.

4 En dérogation à l'article 7, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes ou les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite. L'article 7, alinéas 3 et 4, est réservé.

5 Le Conseil fédéral fixe les modalités de l'encaissement et de la procédure de rappel et règle les conséquences d'un retard de paiement.

« **Tout simplement pour provoquer une réaction.** » M. Couchepin et la majorité du Parlement pensaient, en votant cet article, faire la chasse aux mauvais payeurs. Ceux qui ont les moyens de payer leurs primes, mais qui préfèrent dépenser leur argent autrement. Toutefois, la minorité du Parlement Verts, Alliance de Gauche et surtout Socialistes a tout de suite opposé les arguments qui pouvaient présager des conséquences dangereuses de cette modification.

Aujourd'hui nous nous apercevons que la minorité avait vu juste et que nous nous trouvons devant une véritable catastrophe en termes de santé publique !

La nouvelle loi en vigueur au 1^{er} janvier 2006 prévoit que l'assureur peut suspendre les prestations dès le moment de la réquisition de continuation de la poursuite, soit beaucoup plus tôt, dès le troisième ou quatrième mois de retard dans le paiement des primes, et sans attendre l'établissement de l'acte de défaut de bien. Par conséquent, l'Etat, ne pouvant intervenir dans ces situations qu'à condition de détenir un acte de défaut de biens, se retrouve dans une situation où la continuité n'est plus assurée.

La situation actuelle démontre que des catégories bien différentes de personnes ne paient pas leurs primes et se retrouvent ainsi suspendues :

- des « mauvais payeurs » solvables certainement,
- des personnes qui suite à ces poursuites se retrouveront insolubles,
- des personnes qui sont des bénéficiaires de prestations cantonales AVS/AI.

Pourtant l'Etat de Genève (l'OCPA) prend en charge, pour cette catégorie de personnes :

- les 100 % de la prime d'assurance-maladie, à concurrence de la prime cantonale moyenne,
- la participation aux frais médicaux et la franchise incombant à l'assuré,
- les frais médicaux (par exemple, les frais de dentiste et les frais d'aide et de soins à domicile),
- le versement direct aux assureurs, une fois par an, des participations et franchises qui ont été remboursées au bénéficiaire, mais que ce dernier a négligé de reverser à son assureur; dans ce cas, l'OCPA «se rembourse» ensuite en déduisant les montants payés à double des prestations complémentaires ultérieures.

Malgré cette prise en charge, la suspension peut intervenir lorsque l'assuré bénéficiaire de PC AVS/AI ne s'est pas acquitté de la différence entre sa prime d'assurance effective et la prime cantonale moyenne qui lui a été remboursée. L'Etat n'a la compétence ni de payer cette différence ni de contraindre l'assuré concerné à opter pour une caisse-maladie moins chère. Ces montants sont souvent relativement modestes.

Pour que le Service de l'assurance maladie (SAM) puisse statuer, il faudrait que les assureurs lui transmettent les renseignements complets et indispensables :

a) Le respect de la procédure et des délais

Les indications transmises par les assureurs ne permettent pas de vérifier s'ils ont bien respecté la procédure prévue aux articles 64a LAMal et 90 OAMal, condition nécessaire pour que la suspension soit recevable, en particulier :

- s'il y a bien eu une sommation (art. 90, al. 4 OAMal);
- si le délai séparant la sommation de la mise en route de la procédure de poursuite est bien de 30 jours (art. 64a, al. 1, LAMal);
- si le délai de 40 jours, qui doit être respecté entre la dernière sommation restée sans suite et la mise aux poursuites, a été appliqué (art. 90, al. 4, OAMal);
- s'il y a bien eu décision conforme à l'article 49, alinéa 1, de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), permettant à l'assuré d'utiliser les voies de droit s'il conteste la suspension des prestations.

b) Objet et durée de la suspension

Malgré les demandes que le SAM a adressées aux assureurs-maladie, les annonces de suspension qu'ils transmettent ne mentionnent, la plupart du temps, que le montant global de la créance, sans en préciser les éléments constitutifs (primes, participations, intérêts et frais). Par ailleurs, le SAM n'est pas informé lorsqu'une suspension est levée et ignore à partir de quelle date cette décision prend effet. Sachant que 70 % environ des assurés débiteurs s'acquittent de leurs arriérés au cours de la procédure de poursuite, comment le SAM pourrait-il faire le tri entre les annonces de suspensions et les suspensions qui sont finalement maintenues ? Pour donner un ordre de grandeur, les assureurs ont adressé au SAM, en vertu du nouvel article 64a LAMal, entre 6500 et 7000 annonces de suspension.

c) Une annonce de suspension peut concerner plusieurs assurés

Les informations fournies par les assureurs ne permettent pas au SAM de déterminer si l'assuré débiteur, titulaire de la police d'assurance, est une personne seule ou un chef de famille. Selon les premiers constats du SAM, des familles entières font l'objet d'une suspension, y compris les enfants. Seule la date de naissance de la personne annoncée comme preneur d'assurance est mentionnée, ce qui est insuffisant.

On le voit bien, les conséquences du vote de cet article par les Chambres fédérales placent les cantons devant une situation inextricable !

Mais là n'est qu'une partie du problème qui nous intéresse.

La conséquence la plus grave concerne les personnes atteintes dans leur santé. Et du moment qu'une personne est malade la notion de bon ou mauvais payeur ne doit à nos yeux plus entrer en ligne de compte. Nous sommes à ce moment-là devant un problème de santé publique. Nous estimons que tout traitement doit être assuré afin que la personne retrouve le plus vite possible le meilleur état de santé, il en va de la dignité humaine inscrite dans notre Constitution fédérale. Or, la suspension des coûts de la prise en charge de ces patients provoque aujourd'hui la diminution, voire l'arrêt de traitements pour certaines personnes.

Par exemple :

- la Covercard permet aux assurés d'obtenir leurs médicaments sans les payer. Avec cette carte, les pharmacies peuvent savoir si un assuré est en situation de suspension de prestations, grâce à leur accès à la banque de données de la coopérative professionnelle des pharmaciens suisses (OFAC) et de son lien avec celle de Santésuisse. C'est sur cette base que certaines pharmacies refusent de délivrer les médicaments aux assurés porteurs de la Covercard.
- D'autres prestataires de soins, médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc., reçoivent des assureurs des avis concernant la suspension de certains de leurs patients et rechignent à continuer gratuitement les traitements.

D'autres patients, par honte de ce qui leur arrive et même s'ils ne sont pas des « mauvais payeurs », interrompent eux-mêmes les traitements en cours avec toutes les conséquences que cela peut avoir, même si le traitement n'est pas vital a priori !!

Le Conseil d'Etat a pris des mesures en installant dès le printemps 2006 une cellule de crise aux HUG afin d'accueillir au mieux les personnes victimes de ces suspensions. Fin décembre 2006, plus de 300 patients se

retrouvent ainsi pris en charge par la polyclinique de médecine des HUG, alors que l'ambulatoire est déjà extrêmement lourd pour l'Hôpital cantonal.

Le Conseil d'Etat a entrepris toutes les démarches nécessaires auprès des autorités fédérales et auprès de Santésuisse pour remédier à cette situation. Un exemple nous a été donné par M^{me} Anja Wyden, directrice de l'Action Sociale, lors d'une audition à la commission de la santé : « Les assureurs refusent de communiquer les factures, alors même que le canton se propose de les régler. Les mêmes assureurs refusent aujourd'hui un paiement fractionné.

L'OCPA avait trouvé une solution pour les 10 % et acceptait de les payer directement depuis quatre ans en fin d'année, mais certains assureurs feignent d'ignorer cette possibilité.

A tel point que l'on a pu voir des suspensions d'assurance dans certains cas, pour un impayé **de CHF 0.70.** »

Jusqu'à maintenant rien n'a changé. Nous estimons que le Canton se doit de permettre aux personnes atteintes dans leur santé et sous le coup d'une suspension de la prise en charge des coûts de prestations de pouvoir accéder aux soins dont elles ont besoin.

Les autorités cantonales doivent prendre en charge le coût de ces traitements jusqu'à l'établissement de l'acte de défaut de biens, afin de respecter la dignité humaine et continuer toutes les démarches auprès des autorités fédérales et de Santésuisse afin d'influer sur une modification de cet article 64 a de la LAMal.

C'est pour ces raisons, Mesdames et Messieurs les députés, que nous vous demandons de soutenir cette motion et de l'envoyer dans les plus brefs délais au Conseil d'Etat.