

*Date de dépôt : 2 avril 2015*

## **Rapport**

**de la Commission de la santé chargée d'étudier la proposition de motion de M<sup>mes</sup> et MM. Jean-Charles Rielle, Christian Dandrès, Thomas Wenger, Irène Buche, Salima Moyard, Caroline Marti, Cyril Mizrahi, Lydia Schneider Hausser, Isabelle Brunier, Roger Deneys, Romain de Sainte Marie, Jean-Marie Voumard, Daniel Sormanni, Jean-François Girardet, Bertrand Buchs, Marie-Thérèse Engelberts, Lisa Mazzone, Sophie Forster Carbonnier, Jean-Marc Guinchard, François Lefort, Pascal Spuhler, Boris Calame, Sarah Klopmann, Emilie Flamand-Lew, Yves de Matteis, Christian Flury, Henry Rappaz, Christian Frey, Francisco Valentin, Anne Marie von Arx-Vernon, Jean-Luc Forni : Le Conseil d'Etat doit s'engager pour une caisse publique d'assurance-maladie cantonale ou régionale**

### **Rapport de M. Christian Frey**

Mesdames et  
Messieurs les députés,

La Commission de la santé a traité la motion 2232 durant la séance du 30 janvier sous la présidence de M. Christian Dandrès et celle du 6 mars sous la présidence de M. Thomas Bläsi.

Les procès-verbaux ont été rédigés par M<sup>me</sup> Virginie Moro pour la séance du 30 janvier et par M. Sébastien Pasche pour celle du 6 mars.

Ont assisté aux travaux :

- M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat ;
- M. Adrien Bron, directeur général de la santé ;
- M. Patrick Mazzaferri, directeur du service de l'assurance-maladie.

## Introduction

La motion 2232 a été traitée en même temps que la résolution 772 « Création d'un fonds fédéral chargé de gérer les réserves imposées aux assureurs-maladie (LAMal) », la 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) ainsi que la résolution 781 « Proposition de résolution du Conseil d'Etat pour modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 ». Ce rapport ne concerne que la motion 2232.

## Audition de M. Christian Frey, auteur de la motion 2232

M. Frey informe que la motion 2232 a été déposée juste après la votation populaire sur la caisse publique. Il indique que le texte proposé à l'époque consistait à demander à ce que le Conseil d'Etat s'engage pour une caisse publique d'assurance-maladie cantonale et/ou régionale. Il mentionne que la situation était claire puisqu'une majorité des cantons romands, et surtout une majorité de la population romande, voulait un changement concernant la caisse maladie. Il souligne que la motion vise à ce que le Conseil d'Etat obtienne une modification de la législation fédérale de manière à rendre possible la création de caisses publiques cantonales.

M. Frey précise que cette motion était accompagnée à l'époque de deux résolutions qui avaient été déposées par le groupe PDC. La première, la résolution 773, demandait la séparation de la pratique des assurances de base de l'assurance complémentaire. A ce sujet, il ajoute se souvenir que le parti socialiste avait déjà déposé une motion au niveau fédéral qui avait été très largement refusée et que, dans l'intervalle, les médecins genevois avaient lancé une initiative populaire qui demandait la même chose (la séparation de la pratique de l'assurance de base de l'assurance complémentaire) mais que, comme cette initiative populaire n'avait obtenu que 70 000 signatures, elle avait été traitée comme une simple pétition par le Conseil fédéral. Il ajoute qu'il y avait également une initiative cantonale neuchâteloise sur le même sujet qui avait été déposée. Il mentionne que les deux sujets, c'est-à-dire la proposition du Conseil fédéral en la matière et la pétition des médecins, ont été refusés assez largement. Il relève qu'à sa connaissance, l'initiative populaire neuchâteloise n'a pas encore été traitée et est toujours à l'ordre du jour de la commission du Conseil des Etats. La deuxième résolution déposée par le PDC, la résolution 772, demandait la création d'un fonds fédéral pour la gestion des réserves que les assureurs sont obligés de constituer. Sans se prononcer sur les chances d'aboutir de ces résolutions, le groupe des socialistes invite les députés à soutenir ces trois objets qui sont

complémentaires et devraient permettre à terme de trouver des solutions à ce problème des caisses maladie qui dure depuis de nombreuses années.

M. Frey informe qu'à la lecture des journaux, le groupe des socialistes a appris que M. Poggia, s'appuyant sur la motion 2232, allait entreprendre une démarche. Il indique donc que les choses avancent.

M. Frey rappelle que, pour les socialistes, il est important que cette caisse soit publique, puisqu'il a été question dans la presse d'une caisse unique cantonale qui pourrait être privée, selon les propos de M. Poggia.

M. Frey mentionne encore que, selon un récent sondage, la préoccupation principale des Suisses est le coût des cotisations des caisses maladies qui augmente constamment. Il indique par ailleurs que l'USS va lancer une initiative demandant que le coût des primes des caisses maladie ne dépasse pas les 10% des revenus des personnes concernées. Il conclut en affirmant que cette question est d'une grande actualité mais que selon les parlementaires fédéraux, la question est difficile et n'est pas gagnée d'avance puisqu'il s'agirait de trouver un appui du côté des cantons alémaniques qui sont largement majoritaires dans toutes les instances fédérales, et qui sont opposés à cette proposition.

M. Poggia remarque que la motion déposée le 6 octobre 2014, c'est-à-dire quelques jours après la votation fédérale du 28 septembre lors de laquelle le canton de Genève a soutenu majoritairement l'initiative mais qui a été minorisée sur le plan fédéral, fait suite à des déclarations du conseiller d'Etat le jour même de la votation affirmant qu'il fallait trouver d'autres voies puisqu'il y avait manifestement une partie de la Suisse qui n'avait pas la même vision du système qui devait être mis en place. La démocratie en l'occurrence devenant une tyrannie de la majorité puisque l'on nous imposait un système qui ne nous satisfaisait pas. M. Poggia précise qu'il ne s'agit pas ici de faire une « genevoiserie ». Il mentionne que le genre d'argumentation consistant à le dire oublie qu'il y a une loi fédérale, la LAMal, et qu'il n'est pas question de l'appliquer différemment où que cela soit en Suisse, c'est-à-dire par exemple une application différente de la LAMal entre le canton de Genève et celui de Schwitz. Il indique que la LAMal reste une loi fédérale et que l'affiliation sera identique partout mais mentionne que c'est l'instrument d'application de cette loi fédérale qui devrait être laissé en main des cantons.

M. Poggia constate que M. Maillard, dans le canton de Vaud, avait également esquissé cela bien que les deux conseillers d'Etat aient été prudents dans leurs déclarations. Il mentionne qu'ils se doutaient qu'il y aurait un clivage entre la Suisse romande et la Suisse alémanique, ce qui a été réalisé. Il remarque que le Valais a voté contre l'initiative car le Groupe

Mutuel est un grand employeur du canton qui a avancé le spectre d'un chômage massif, point de vue à respecter. Il mentionne encore que, pour le reste, on remarque que Genève a fait une évolution assez marquée par rapport à la dernière votation en mars 2007 sur une initiative socialiste qui mélangeait deux sujets, la caisse unique et le mode de financement qui devait tenir compte des capacités des contribuables. Manifestement, les Suisses ne veulent pas de cette différence de capacité du contribuable, ce dont il faut prendre acte.

M. Poggia mentionne que l'on ne repart pas à zéro aujourd'hui puisqu'il y a tout de même les conclusions de la votation du 28 septembre. Il mentionne qu'il ne s'agit pas de transposer automatiquement les résultats de cette votation sur ce que serait l'opinion des populations concernées face à une caisse unique cantonale ou régionale. Il constate en d'autres termes que ce n'est pas parce que les Genevois ont voté majoritairement pour l'initiative fédérale qu'ils voteraient automatiquement pour une caisse cantonale, bien que personnellement il pense que davantage de Genevois seraient en faveur d'une caisse unique pour autant que celle-ci soit gérée à Genève. Il observe que la caisse unique s'est appelée caisse publique lors de la dernière votation. Il souligne que l'idée est que, pour l'assurance de base, les prestations soient les mêmes pour tout le monde.

M. Poggia remarque que ce qui fait qu'une prime est moins chère dans une caisse qu'une autre, ce qui n'est valable que lors du moment où le constat est fait, est que la caisse a réussi à avoir des risques moins lourds que d'autres. Il souligne donc que cette chasse aux bons risques n'existerait pas s'il y avait une compensation des risques qui soit efficace, c'est-à-dire que ceux qui ont des gros cas lourds reçoivent une compensation des caisses qui ont des cas plus légers, ce qui ne serait plus le cas avec une caisse unique puisqu'il n'y aurait pas besoin de compensation des risques, tout le monde étant dans le même bateau. Il mentionne que cela serait une caisse pour toute la Suisse avec idéalement 8 millions d'assurés.

M. Poggia souligne alors que l'on se rend compte que ce tourisme de caisses, qui incite les personnes à aller vers des caisses moins chères, a un effet pervers puisque les réserves sont constituées par une caisse, et y restent lorsqu'un assuré change de caisse, et ce par le fait que l'on ne va pas faire des primes différenciées entre des personnes étant déjà dans une caisse et les autres qui y arrivent. Il mentionne que les réserves doivent être automatiquement reconstituées pour les personnes qui arrivent et donc que l'on augmente aussi les primes de ceux qui étaient déjà là. Il constate alors que plus on est bon, plus on est condamné à devenir mauvais puisque l'on attire un grand nombre de nouveaux assurés, qui ne sont pas toujours les

mieux portants puisque les assurances s'arrangent pour être moins performantes à l'égard des malades chroniques en leur remboursant le cas échéant de plus en plus tardivement les prestations et donc en les incitant à aller ailleurs.

M. Poggia indique que le système doit être revu mais qu'il faut que la population soit à nouveau interrogée sur le sujet avec un projet concret, raison pour laquelle il indique qu'il n'est pas possible de transposer automatiquement le résultat de la votation du 28 septembre sur une future et potentielle votation pour une caisse cantonale ou régionale, bien qu'il faille toutefois laisser la possibilité de le faire aux cantons qui le souhaitent. Il mentionne donc qu'il n'est pas question de proposer un changement de système pour revenir à ce qui était proposé le 28 septembre 2014, c'est-à-dire que tout le monde passe à la caisse unique, mais que cela serait dans les mains des cantons qui le souhaitent, qui veulent appliquer la loi fédérale par un autre instrument qui serait un instrument en main des cantons, ce qui permettrait également de faire de la prévention. Il ajoute qu'un autre effet pervers de la caisse maladie actuelle est que celle-ci n'a pas intérêt à faire de la prévention. Il indique que si nous avons des « assurés captifs », il est possible de les éduquer vers une prévention, contrairement à ce qui est le cas aujourd'hui. Il précise qu'aujourd'hui la Confédération fait très peu de prévention, que celle-ci est faite par le canton avec un financement propre et non pas au moyen de l'assurance-maladie.

M. Poggia observe que la motion proposée demande au Conseil d'Etat de faire tout ce qui est en son pouvoir pour sensibiliser la CLASS (Conférence latine des affaires sanitaires et sociales) et la CDS (Conférence nationale des directeurs de la santé) à la question de la caisse unique. Il indique que l'écho au sein de la CLASS est plus favorable vis-à-vis de la caisse unique, alors qu'au niveau de la CDS, l'écho est clairement négatif. Il indique que la relation de l'administré face à l'Etat est très différente entre la mentalité suisse alémanique et la mentalité romande, ce qui constitue réellement une différence culturelle. Il mentionne que le temps pour que la Suisse alémanique fasse un pas en direction de la Suisse romande sera très long, ce qui signifie qu'il faudra faire un gros travail à Berne. Il indique que le travail de lobbying est fait et va être fait mais que ce n'est pas cela qui va faire bouger les choses. Il pense donc qu'il faut arriver avec un autre type de débat. Il ajoute qu'à la majorité du Conseil d'Etat, il a été considéré qu'il fallait mettre ce sujet sur la table par la voie d'une initiative du canton, qui serait déposée auprès du Conseil fédéral qui devra l'examiner. Il souligne qu'au niveau de la législation, la formulation de l'initiative est assez simple puisqu'il s'agirait de la modification d'une disposition de la LAMal qui

prévoit pour l'instant qu'il y a une pluralité d'assureurs qui offrent la couverture. Il informe alors qu'il suffirait de laisser la possibilité au canton de mettre en œuvre un système avec une caisse unique. Il mentionne que cela serait une assurance sociale, trouvant sa source dans la législation fédérale et dont les prestations de la LAMal résulteraient du droit public, ce qui fait la différence avec les assurances privées, les assurances complémentaires. Il précise que l'instrument qui va effectuer cette tâche doit être un instrument en mains du canton mais ne doit pas forcément être une entité de droit public.

M. Poggia constate que cette initiative du canton qui sera proposée a pour but d'être déposée à Berne. Il ajoute qu'il ne faut pas que le canton de Genève soit seul, raison pour laquelle au sein de la CLASS, il y a déjà eu des discussions sur le sujet. Il informe qu'une réunion de la CLASS aura lieu lundi prochain et qu'un texte sera présenté. Il ajoute également que, si ce texte est approuvé par les chefs des départements de la santé des autres cantons romands, d'autres initiatives cantonales seront déposées, ce qui permettra de démontrer que ce n'est pas une « genevoiserie » mais une simple expression d'une volonté commune d'un certain nombre de cantons de créer non pas des caisses cantonales juxtaposées mais une caisse romande d'assurance-maladie, qui appliquera la LAMal mais avec un contrôle des cantons concernés.

## Discussion

Un député (PLR) s'étonne de la position à géométrie variable du groupe des socialistes qui est contradictoire dans ce qu'il prône dans le cadre de l'assurance-maladie et dans le cadre des successions. Il remarque que si par hypothèse les Chambres fédérales entraient en matière sur la compétence aux cantons, cela signifierait qu'un Genevois n'aurait plus le choix, en tant que Suisse, d'adhérer à la caisse unique romande (ou genevoise) ou de rester sous le régime classique fédéral. Il indique comprendre que cela disparaîtrait et donc que cela serait une étatisation. Il constate que 43% des Genevois ont voté contre cette initiative et mentionne alors que ceux-ci n'auraient plus le choix d'être suisses. Il demande si cela ne tue pas le pays en prenant des initiatives de ce type et se dit surpris du fait que quand une majorité des Suisses ne va pas dans le sens des Genevois, une résolution soit déposée. Il souligne également que si cela est fait pour la caisse maladie, cela peut être fait pour tous les sujets, lorsque les Genevois ne sont pas d'accord avec le reste de la Suisse.

M. Poggia remercie le député pour ces remarques qui sont assez classiques de la part des opposants à ce type de projet. Il indique tout d'abord qu'au niveau de la technique législative, si le Parlement fédéral accepte les

initiatives, cela n'impliquera pas automatiquement l'autorisation pour le gouvernement genevois de créer la caisse. Il mentionne qu'il y aura des analyses et des discussions, puis que le projet sera certainement soumis au peuple par un référendum, ce qui indique que le peuple devra se prononcer sur cette possibilité. Il mentionne donc que ce n'est pas la votation du 28 septembre qui est aujourd'hui imposée aux Genevois, mais il remarque que ce qui est proposé aux Genevois est de faire un système propre, ce qui n'enlève rien aux autres objections, notamment celle indiquant que nous sommes suisses avant d'être genevois. Il mentionne qu'il est possible de faire le catalogue des éléments dont nous disposons aujourd'hui et qu'il faut admettre l'idée que dans certains domaines la concurrence n'est pas un plus mais un moins. Il constate qu'en admettant cette ouverture, on se rend compte qu'il y a une série de tâches de l'Etat qui ne sont pas soumises à une concurrence car l'Etat doit assumer ces tâches et qu'il n'est pas question de les déléguer au secteur privé. Il indique que pour égaliser les risques, plus on est nombreux, mieux c'est puisqu'une petite population a plus d'influence. Il mentionne que l'on peut considérer que la maîtrise des coûts, qui ne sera pas touchée par cette caisse (car il serait mensonger de dire qu'avec cette caisse les primes vont baisser), sera avant tout dans un souci de transparence puisque l'on saura exactement où passera l'argent. Il n'est pas question que les Genevois paient pour les Bernois ou les Neuchâtelois par exemple. Il ajoute que les primes de ces cantons sont stables et basses et qu'il ne serait pas acceptable au niveau du fédéralisme de prélever chez l'autre ce que l'on ne veut pas prélever chez nous.

M. Poggia remarque que la question qui se pose est de savoir si la limitation de cette liberté de choix en vaut la peine, ce à quoi il répond « oui » car il pense que cette liberté de choix n'est aujourd'hui qu'un leurre.

Un député (PLR) demande à M. Frey si l'objectif de cette motion est vraiment de s'intéresser à l'organisation de la caisse maladie uniquement, avec des motifs qui sont des motifs organisationnels, ou, puisque l'exposé des motifs met fortement en avant le coût des primes, s'il y a un deuxième objectif qui serait qu'ensuite le financement des coûts soit pris en charge par l'Etat selon la résolution 781. Il demande également si le conseiller d'Etat a déjà eu l'occasion d'avoir des échanges, mêmes officieux, avec des assurances-maladie sur cette question et souhaiterait savoir si les grandes caisses d'assurance seraient intéressées et partantes pour un tel système.

M. Frey répond qu'il s'agit clairement dans cette motion de l'idée de l'organisation, bien qu'à la base il y ait la considération des coûts avec cette idée que les primes genevoises sont les plus élevées de Suisse et que Genève a trop payé pendant de nombreuses années. Il mentionne que cela a un lien

avec la reconstitution des réserves et que l'organisation d'une caisse cantonale ou régionale avec d'autres cantons permettrait une certaine transparence puisque l'on saurait où va l'argent et comment il est utilisé. Il observe que cela n'est pas une étatisation de la santé comme on semble le dire.

M. Poggia répond que le système actuel est une machine qui nous crache des primes nouvelles chaque mois de septembre et pour laquelle nous n'avons pas d'autres choix que d'accepter. Il mentionne que notre seule liberté est de passer vers une nouvelle caisse et mentionne que nous n'avons aucun contrôle sur ces prix. Il indique que l'instrument proposé donne la possibilité aux cantons de contrôler le coût des primes, primes que le canton paie en grande partie puisque les subventionnés à Genève sont nombreux. Il imagine qu'une délégation du Grand Conseil a un droit de regard sur la fixation de ces primes et qu'au niveau de la démocratie au sens propre du terme, cette transparence aux mains du citoyen est très importante.

M. Poggia ajoute que la question se pose de savoir pourquoi une caisse publique n'a pas été créée au milieu des caisses actuelles. Il mentionne qu'en faisant une caisse publique, cette caisse allait récupérer rapidement tous les mauvais risques, ce qui aurait automatiquement induit des primes plus élevées que les autres.

M. Poggia affirme que pour le moment il n'y a rien de concret qui a été fait et qu'il n'y a pas de contacts qui ont été pris avec les assurances. Il informe que les rumeurs disent que les assurances se réjouiraient d'offrir des services aux cantons qui le souhaitent et qu'il y aurait donc un intérêt. Il mentionne que ces assureurs au fond d'eux-mêmes n'ont rien contre la caisse proposée mais remarque qu'ils souhaiteraient être chacun cette caisse unique.

Une députée (MCG) demande tout d'abord ce qu'il en est du déménagement d'une personne dans un canton qui ne serait pas soumis à une caisse cantonale et demande ensuite si nous avons les moyens d'évaluer ce que seraient les primes sur la base des informations du département. Elle souligne que, si on se base sur les primes telles que publiées par le SAM et que l'on prend une personne adulte sans assurance-accident, il y a des différences de primes très importantes allant du simple au double. Elle demande si on arriverait avec le nouveau système à des primes par mois telles que celles à 642 F de Wincare ou aux 330 F d'Assura. Elle pense que cela est quelque chose à évaluer avant de se décider. Elle indique imaginer que la caisse aurait des réserves pour Genève et demande comment les réserves pourront être transférées à partir des caisses actuelles.



M. Poggia indique que pour un déménagement, si la personne quitte Genève pour aller à Zurich, cela ne posera pas de problème de couverture puisqu'elle s'affiliera au système zurichois.

La députée (MCG) demande où restera la réserve.

M. Poggia répond que la réserve restera à Genève et que le système reste pervers du moment où il n'y a pas de système unifié. Il constate toutefois qu'il n'y a pas de perte de couverture. Par ailleurs, M. Poggia indique que, concernant les moyens d'évaluer les primes des différentes caisses, Assura Supra est une caisse qui fait une sélection des risques légale qui consiste à ne pas intervenir en tant que tiers-payant, et qui est donc en dessous de la prime moyenne. Il indique ne pas savoir ce que sera la prime mais mentionne qu'il n'y a pas de raison que cela soit plus cher que la prime moyenne cantonale actuelle. Il remarque qu'il n'y a en tout cas pas de raison que ce soit plus élevé. Il remarque que pour les assurés genevois les réserves sont déjà constituées et qu'il s'agira simplement de les transférer à la nouvelle entité juridique qui va les couvrir. Il remarque que cela sera plus problématique pour les personnes qui sont en zone frontalière. Il rappelle que la modification relative à l'assurance-maladie des frontaliers est en cours en Suisse et en France. Il mentionne ensuite qu'il y a une obligation de s'assurer pour toute personne qui est en Suisse et indique que n'importe quelle assurance à laquelle la personne s'adresse a l'obligation d'affilier pour l'assurance de base.

La députée (MCG) demande si le SAM a un registre des montants des primes et demande si la commission pourrait avoir ce genre d'informations.

M. Bron indique que cela est possible puisqu'il s'agit d'informations qui sont remises à l'OFSP.

M. Poggia indique que la question du fédéralisme est intéressante. Il rappelle qu'à la base la Constitution fédérale est là pour faire l'inventaire des tâches que les cantons confient à la Confédération. Il mentionne que les cantons ont décidé de se mettre ensemble pour assumer cette tâche et que l'idée actuelle est que les tâches confiées à la Confédération soient uniquement celles que la Confédération peut gérer mieux que les cantons, mais qu'au fil du temps les choses ont été mieux gérées par les cantons. Il mentionne donc qu'il faut se demander à présent si la gestion de la LAMal devrait être faite au niveau fédéral plutôt que par une caisse cantonale, et si elle ne devrait pas être dirigée par des personnes élues démocratiquement, telles que des représentants des professions de la santé et des assurés. Il pense que ce principe-là donnera encore plus de force au fédéralisme.

Un député (MCG) remarque que ce qui va encourager le peuple à voter une éventuelle « cantonalisation » des caisses maladie est la diminution des primes. Il demande comment cela va se passer sachant que déjà 60% des frais des caisses maladie sont payés par l'Etat. Il remarque ensuite que si le but est d'influencer le coût des primes maladie, il faudrait se donner les moyens de le faire, notamment en agissant sur les tarifs médicaux, et constate donc qu'il faudra également demander la « cantonalisation » des tarifs médicaux, sans quoi il n'y a pas d'intérêt.

M. Bron indique qu'en ce qui concerne la prévention le système actuel est un obstacle à l'amélioration des caisses et qu'il y a un effet pervers dans le système. Il ajoute également que le peuple a l'impression qu'en votant, on va réussir à gérer le système de la santé. Il indique que cela peut difficilement être pire qu'aujourd'hui, puisque les prélèvements obligatoires sont augmentés chaque année et qu'aucun contrôle sur la manière de dépenser l'argent n'est fait.

M. Poggia ajoute que la liberté de contracter a pour pendant la liberté du choix du médecin, ce à quoi sont attachés tous les assurés suisses. Il mentionne qu'aujourd'hui, avec le système actuel, les solutions amenées ne sont pas des solutions favorables au patient assuré. Il indique qu'il y a une motion qui propose de supprimer cette liberté de choix et qui obligera l'assuré à choisir son médecin dans une liste préétablie. Il mentionne que si l'on souhaite rester dans la volonté du peuple, il faut se donner les moyens de le faire.

Un député (PLR) demande ce qui nous prémunirait de la décision soudaine du Conseil d'Etat genevois de faire passer les primes maladie de 600 F par mois à 800 F par mois par exemple dans l'objectif de combler quelque chose d'autre dans le budget du canton.

M. Poggia indique qu'au niveau cantonal, le conseil d'administration de la caisse maladie unique sera composé de représentants des pouvoirs publics, de représentants des fournisseurs de soins et de représentants des assurés. Il souligne donc qu'à moins de soupçonner que ceux-ci violent la loi pour détourner des fonds de leur but, il ne peut pas répondre à cette question. Il mentionne que si les primes sont utilisées à d'autres fins et que cela est prouvé la question relève du pénal. Par ailleurs si les réserves sont accumulées, celles-ci seront réinvesties dans le système pour compenser les coûts des années suivantes, ce qui ne pose donc pas de problème.

Un député (PLR) demande s'il serait possible de faire marche arrière si par hypothèse cette résolution recevait un bon accueil au niveau des Chambres fédérales, que le droit fédéral était modifié et que l'on arrivait sur

une caisse unique genevoise avec une prime moyenne de 500 F par mois, et que l'on voyait que cette prime augmente alors que les primes des cantons suisses allemands baissent parallèlement. Par ailleurs, il demande si au niveau de la Constitution fédérale la liberté du choix de contracter avec une assurance n'est pas touchée. Il indique que cela serait dans le cas où il n'y aurait pas de paiement de primes moyennes mais que l'on se rendrait compte que l'on est dans un système où les primes augmentent plus vite que dans les autres systèmes. Il demande s'il n'y a pas un article dans la Constitution fédérale disant que l'on est libre de contracter avec qui on le souhaite dans le pays. Il mentionne également que parfois les hausses annoncées dans la presse concernant les primes maladie, ne sont pas celles qui sont réellement reçues. Il demande donc si cela ne violerait pas une disposition de la Constitution.

M. Poggia mentionne qu'il y a cette liberté de contracter dans la mesure où cela n'est pas limité par la loi. Il répond donc qu'il n'y a pas de liberté absolue de contracter avec qui on le souhaite, d'autant plus que cela n'est pas une question de droit privé. Il souligne que pour l'assurance complémentaire, cela poserait effectivement un problème, mais ce n'est pas le cas de l'assurance de base pour laquelle il n'y a pas de liberté de conclure ou non, et donc pas de choix des contractants. Il remarque que, concernant la constatation que cela serait moins favorable, cela pourrait être abrogé. Il mentionne que le Parlement pourrait déposer un projet de loi pour abroger cette loi et pour rouvrir le système de concurrence qui aura été jugé préférable. Il souligne qu'il n'y a pas d'interdiction de faire marche arrière.

M. Bron ajoute que les primes genevoises ont été fixées très hautes au début de l'histoire de la LAMal, ce qui a créé une espèce de traumatisme. Il mentionne qu'il y a effectivement eu depuis dix ans systématiquement un système suisse qui a augmenté beaucoup plus vite que les coûts à Genève. Il indique que Assura est intéressante car il s'agit de l'assurance la moins chère qui fait baisser la moyenne des primes mais relève en même temps qu'il s'agit de l'assurance qui a le plus abusé des réserves. Il mentionne que le simple fait de ne pas payer les médicaments en tiers-payant sélectionne les gens bien-portants.

Un député (PLR) remarque qu'il n'y a pas de liberté de contracter une assurance maladie de base puisque cela est défini par la loi. Il mentionne donc qu'en fait conceptuellement, la caisse maladie unique existe déjà et que c'est la LAMal.

A ce stade de la discussion, le Président demande à la commission quelle suite elle souhaite donner à cette motion.

Une députée (MCG) remarque que beaucoup de choses très denses ont été présentées aujourd'hui et demande s'il serait possible, uniquement sur cette idée d'avoir un nouveau système, de pouvoir mieux conceptualiser cela et d'avoir une idée plus concrète. Elle souligne que cela est difficile à s'imaginer puisque cela repose sur de nombreuses hypothèses.

Le Président demande si la députée souhaite des précisions ou si elle propose une audition.

La députée indique ne pas proposer une audition mais demande une présentation du département de manière plus poussée sur ce sujet complexe.

Un député (PLR) propose l'audition d'un responsable de l'OFSP pour avoir leur point de vue, bien que cela soit une décision politique. Il propose d'entendre M. Olivier Peters.

M. Frey exprime sa préoccupation qui est d'aller le plus vite possible, raison pour laquelle le groupe des socialistes avait demandé l'urgence. Il demande au conseiller d'Etat s'il y a une pertinence à faire voter la commission aujourd'hui sur ce sujet ou s'il est possible de prendre encore du temps pour les travaux. Il demande s'il est possible d'auditionner, en tant que spécialiste du domaine, Mme Liliane Maury-Pasquier sur ce sujet qu'elle connaît bien.

Le Président demande si la motion continue de garder un sens pour la commission sachant qu'une résolution du Conseil d'Etat répond à la motion 2232.

Un député (S) propose de poursuivre les travaux sur les deux objets, notamment pour les auditions.

Un député (PLR) remarque que Mme Maury-Pasquier viendra comme spécialiste de la santé mais remarque que celle-ci est conseillère aux Etats et a milité pour la caisse unique. Il pense donc que cela ne rime à rien et souligne qu'il faut demander l'avis de spécialistes dans le domaine mais sans avis politique.

M. Poggia répond, en termes de timing, souhaiter que cela soit renvoyé au Grand Conseil d'ici un à deux mois maximum mais qu'il n'y a pas d'urgence absolue. Il ne trouve pas pertinent d'auditionner des personnes dont l'opinion est déjà connue. Il n'est pas sûr que l'OFSP puisse se prononcer sur un tel projet. Il souligne de plus que cela va à l'encontre du travail de l'OFSP. Il propose de demander le cas échéant l'avis de l'OFSP par écrit.

Le député (PLR) serait intéressé à avoir l'opinion et la position de l'OFSP, mais souhaiterait également avoir l'avis d'un tiers pour venir faire une analyse des impacts qu'une telle résolution pourrait avoir.

Le Président constate avoir quatre propositions d'audition dont une demande de présentation par le département de ce que serait l'application de la résolution si elle devait se faire.

La députée (MCG) explicite sa demande d'informations complémentaires de la part de M. Bron pour comprendre plus dans les détails ce qui est de l'ordre des changements, ce qui est de l'ordre des impacts et ce qui est d'ordre économique. Elle mentionne que cela serait une présentation non politique.

Le Président met aux voix la proposition d'obtenir des informations supplémentaires du DEAS :

Pour :	14 (1 EAG, 3 S, 1 Ve, 1 PDC, 4 PLR, 2 UDC, 2 MCG)
Contre :	—
Abstention :	1 (1 MCG)

La proposition est donc acceptée à la majorité de la commission.

M. Bron propose de faire cela pour le prochain ordre du jour.

Le Président met aux voix la proposition d'auditionner M. Peters de l'OFSP :

Pour :	5 (1 PDC, 4 PLR)
Contre :	—
Abstentions :	10 (1 EAG, 2 S, 1 Ve, 2 UDC, 3 MCG)

L'audition de M. Peters est acceptée à la majorité.

Un député (S) relève qu'il faut fixer un délai à l'OFSP pour leur audition et que, si celui-ci ne peut pas être respecté, il faut que les réponses soient données par écrit.

Le Président mentionne que le principe de l'audition a été accepté par la commission et informe que la demande d'audition sera faite telle quelle.

Le Président remarque que les propositions d'auditions de Mme Maury-Pasquier et d'un tiers sans avis politique ont été retirées et ne seront donc pas soumises au vote de la commission.

### **Présentation du DEAS « Caisse publique », cf. annexe**

M. Bron indique qu'il s'agit de répondre à la demande de la commission au sujet des inconvénients administratifs du système actuel de l'assurance-maladie. Il explique qu'il va donner un aperçu de tous les écueils auxquels est confronté le département. Il souligne que la LAMal a été faite pour sanctifier l'obligation de s'assurer, de contracter avec les professionnels de santé et de créer une solidarité entre les jeunes et les vieux, les malades et les

bien-portants. Par ailleurs, il explique que l'on se rend compte qu'il y a beaucoup de coûts cachés dans les systèmes d'assurance maladie. Il observe que l'analyse de ces coûts requiert un travail énorme pour lequel il n'y a pas tellement de ressources, à la fois pour les administrations cantonales et pour les prestataires de soins. Il indique qu'il va faire un tour d'horizon de sujets tels que la sélection des risques, la complexité du système ou encore l'opacité de la fixation des primes. A ce propos, il indique que le rapport annuel, effectué par le département, sur les primes de l'année suivante et les comptes de l'année précédente, va être distribué à l'ensemble des commissaires. Il souligne que ce document est confidentiel. Il indique ensuite qu'il va aussi aborder la manière dont on assure la continuité des prestations et il précise, à ce sujet, qu'il y a eu une modification de la loi qui permettait à des assurances d'interrompre les prestations aux assurés qui ne payaient pas leurs primes. Il explique qu'il a fallu trouver un système complexe et peu favorable aux cantons pour garantir la continuité des prestations. Il indique ensuite qu'il va aborder les conventions tarifaires et enfin le déficit massif de statistiques, ce qui empêche un quelconque pilotage sur le système et conduit à un échec de la maîtrise des coûts. Il cède la parole à M. Mazzaferri.

M. Mazzaferri indique que le SAM occupe une place stratégique dans le système, mais il explique qu'il voudrait maintenant surtout décrire le fonctionnement des subsides. Il rappelle que des personnes reçoivent des subsides à 100%, personnes qui sont considérées par les assureurs comme problématiques. Il explique que les assureurs jouent chaque année à se mettre juste en-dessus de la prime moyenne ; il précise que pendant plusieurs années les assureurs tombaient comme par hasard juste en-dessus ou juste en-dessous de la prime moyenne. Il relève ensuite que, depuis trois ans, il y a une grosse différence entre Assura, qui se trouve en-dessous, et tous les autres assureurs qui se trouvent au-dessus de la prime moyenne. Concernant la stratégie de sélection des risques, il souligne que les  $\frac{3}{4}$  des personnes prises en charge à 100% se situent dans une caisse où la prime se trouve à 390 F soit 110 F au-dessous de la prime moyenne. Il explique qu'il faut donc calculer  $110 \text{ F} \times 40\,000 \text{ personnes} \times 12 \text{ mois}$ , ce qui revient à une somme considérable.

Par ailleurs, il souligne que le SAM a remarqué en 2011 que les réserves partaient de Genève pour aller dans les autres cantons. Concernant l'article 64a de la LAMal qui prévoyait d'éviter l'interruption des prestations, il explique que la loi mise en place a donc mis fin aux suspensions des prestations. Néanmoins, il observe que ce changement de loi reste très favorable aux assureurs. Il explique que ces derniers mettent d'abord aux poursuites l'assuré. L'office des poursuites saisi se met en marche pour

retrouver l'assuré et renvoie les actes de défaut de biens à la caisse. A la fin de l'année, l'assureur envoie un fichier au SAM avec tous les montants considérés dans les actes de défaut de biens, comprenant les primes à payer, la quote-part, la franchise, les intérêts moratoires et les frais administratifs. Le canton doit prendre en charge 85% de cette facture et l'assureur reste ensuite propriétaire de la dette pendant encore vingt ans. M. Mazzaferri souligne que le compromis final a prévu que l'assureur qui récupère une partie de la dette verse 50% de celle-ci au canton. Il observe finalement que cette loi est en vigueur depuis 2012 et qu'en 2013 les résultats ont montré que, par rapport aux 34 millions que représentent le 100% des dettes (le canton ayant versé 85% de cette somme), seulement 100 000 F ont été restitués au canton.

M. Poggia observe qu'il faut bien sûr un certain temps pour récupérer quelque chose. Toutefois, il explique que l'on se rend compte qu'il est écrit « 0 » pour certains assureurs, ce qui est selon lui incompréhensible car cela signifierait qu'il n'y a aucun assuré qui ait racheté son acte de défaut de biens. Il explique qu'un rappel a alors été renvoyé aux organes de révision des assureurs, et ces derniers ont répondu qu'ils étaient inquiets ! Il observe qu'il existe un véritable sentiment d'impunité.

M. Mazzaferri relève que certaines catégories d'assurés sont tout bonnement refusées par certaines assurances ; il cite par exemple les personnes suivies par le Service de la protection de l'adulte qui ont été refusées il y a trois ans par la CSS, ce qui a nécessité une lourde intervention de la part des pouvoirs publics afin de remédier à la situation. Au niveau de la complexité du système, il explique qu'il a fallu développer un système informatique complexe, qui doit être constamment adapté en fonction des évolutions de la loi. Il souligne que ce système doit pouvoir communiquer avec les 40 assureurs, donc s'adapter à 40 systèmes différents, et gérer des milliers de primes différentes, avec des franchises différentes et parfois avec des modèles alternatifs. Il souligne que 140 000 personnes touchent actuellement des prestations du SAM, soit une prise en charge complète, soit des subsides. Il rappelle que le SAM est audité chaque année par l'inspection générale des finances et il souligne qu'il n'y a jamais eu problème à ce niveau depuis qu'il est au SAM soit depuis 2000. Il relève ensuite que des projets de lois importants ont été adoptés dernièrement. L'article 65, adopté par les Chambres fédérales, prévoyait de remettre un peu de cohérence dans le système en instituant un modèle unique d'échange pour les informations concernant les subsides. Il explique que cela a conduit, à Genève, à tout détruire pour remettre en place ce nouveau système, ce qui a évidemment généré des coûts importants. Il indique enfin que beaucoup de personnes sont

assurées à double ou même à triple ; il explique qu'il y a tellement de cas que le SAM doit se contenter de traiter les situations où les subsides sont versés.

M. Poggia relève que, lorsque quelqu'un change de caisse et avait une ardoise dans l'ancienne caisse, il arrive que la personne soit mise aux poursuites car elle doit s'acquitter à la fois de l'ardoise de l'ancienne caisse et des primes de la nouvelle caisse qui a fauté en acceptant la personne sans attendre l'attestation de libération de l'ancienne caisse. Il relève que ce genre de situation perdure car personne n'est enclin à reconnaître ses propres fautes.

M. Mazzaferri indique ensuite que, chaque année, les cantons peuvent demander à la Confédération et aux assureurs les documents sur la base desquels l'OFSP accepte ou pas les tarifs proposés par les caisses maladie. Par ailleurs il indique que le SAM n'a pas trois semaines mais seulement trois jours pour analyser une quantité phénoménale d'information reçue par les 40 caisses. Il observe que le manque d'information ou les informations que l'on sait fausses sont aussi très problématiques. Il souligne par exemple que chaque année le seul chiffre vérifiable, celui qui provient des subsides, n'est jamais juste. Il relève que l'excuse des assureurs consiste à dire que les subsides sont parfois déjà considérés dans les primes. Il explique ensuite que des observations sont alors faites par le SAM, sous la forme d'un rapport qui reste sans suite. Ce système, même s'il est légal, s'assimile à un système mafieux, dans lequel les réseaux jouent entre eux. Il considère que le transfert de plus en plus de charges aux cantons doit s'accompagner par le transfert des moyens nécessaires pour contrôler le système au niveau cantonal. Il relève enfin que le système démontre une grande opacité et les autorités de contrôle font preuve d'une inertie totale.

M. Bron souligne, concernant la mise en cohérence des affaires de santé, que le canton a vécu une multiplication des non-accords tarifaires. Il estime que l'une des fonctions de la LAMal était que les partenaires tarifaires se mettent d'accord et que le canton valide cela. Il observe que cela a fonctionné relativement bien au départ mais qu'ensuite, Santé Suisse s'est séparée en de multiples entités qui n'avaient plus les mêmes fonctions, ce qui a retiré au canton la possibilité d'avoir un interlocuteur unique et, plus grave, cela a mis fin aux accords tarifaires. Il souligne que cela a engendré une inflation du travail administratif pour finalement arriver à un accord valable, sachant que c'est sur le « benchmark » (le coût de l'hôpital le plus bas) que s'aligne le tarif. Il souligne par ailleurs qu'à la DGS, le nombre de personnes qui se chargent des validations de conventions est devenu déraisonnable, ce qui engendre ces coûts énormes, à l'instar de ce qui se passe chez les prestataires de soins. Il relève par ailleurs qu'il est difficile pour le canton de garantir la



cohérence tarifaire de l'ensemble du système de soins, car le canton ne participe pas aux négociations tarifaires. Il considère que le plus grave est qu'il n'y a aucune obligation de renseigner sur l'activité à la charge de l'assurance-maladie et, pour les assureurs, de donner le détail de ce qui est consommé comme prestation à charge de la LAMal. Il explique qu'après avoir insisté auprès de l'OFSP, un observatoire du système concernant seulement dix rubriques de coûts bruts par assuré a finalement été mis en place, malgré l'opposition initiale de l'OFSP. Il souligne que cela ne renseigne toutefois pas du tout sur les quotes-parts, la consommation médicale des patients ou encore sur ce qui est remboursé car il ne s'agit que de factures. Il explique que cela signifie que la DGS ne sait pas ce que consomment les Genevois en matière de prestations à charge de la LAMal. Par ailleurs, il souligne que la DGS a dû fournir un gros effort pour avoir un tableau des coûts des prestations, sur la base d'informations données par certaines cliniques, et donc que cela signifie qu'il y a encore un travail considérable pour convaincre les gens à livrer des informations. Il indique ensuite que l'intérêt était surtout d'avoir un nombre de profils suffisamment conséquent pour que cela permette d'avoir un panorama des habitudes de consommation et ainsi pouvoir orienter le système. Il souligne que la plupart du temps, les seules réponses reçues montrent un désintérêt profond et il observe que le manque de réflexion autour de la maîtrise des coûts constitue une carence massive du système pour tous les cantons. Il souligne ensuite qu'il n'y a pas d'amélioration parmi les différents prestataires de soins car il n'y a pas d'incitatifs internes pour les assureurs visant à réfléchir sur la maîtrise des coûts. Il observe qu'il y a des nouvelles technologies qui existent bel et bien mais qu'il n'y a cependant personne, parmi les assurances-maladie, qui a pris le leadership pour offrir des prestations de manière plus intéressante, en se servant par exemple de Tarmed de façon plus pointue. Il estime que cela est frustrant car il y a quand même, selon lui, un consensus assez facile à avoir autour de certains itinéraires cliniques pour certains collectifs de patients, dans le but de mieux travailler. Finalement, il souligne que le but autoproclamé de la LAMal en 1986 était la maîtrise de coûts et il en conclut qu'il s'agit d'un échec massif. Par ailleurs, il observe qu'il y a eu durant plusieurs années une diminution des coûts mais qui n'a jamais profité aux Genevois. Il considère finalement qu'il est très difficile de travailler sur les améliorations du réseau, sur l'efficacité et sur le travail en commun si ces éléments ne bénéficient finalement à personne. Il en conclut qu'il est difficile d'avoir une certaine légitimité pour parler de la maîtrise des coûts.

Le Président remercie MM. Mazzafferri et Bron pour cet exposé riche et passionnant. Par ailleurs, il informe les commissaires qu'il a reçu un courrier

de l'OFSP qui refuse l'audition indiquant que le sujet des caisses maladie a été traité et épuisé par les Chambres fédérales.

Le Président constate qu'il n'y a plus d'audition prévue et que la parole n'est plus demandée il passe alors au vote de la motion 2232 :

Pour :	11 (1 EAG, 3 S, 1 Ve, 1 PDC, 2 UDC, 3 MCG)
Contre :	—
Abstentions :	3 (3 PLR)

La motion 2232 est adoptée. Les extraits sont préavisés.

Mesdames et Messieurs les députés, le rapporteur vous remercie de donner une suite favorable à la présente motion.

## **Proposition de motion**

### **(2232)**

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

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

- l'acceptation par la majorité des cantons et de la population romande de l'initiative populaire fédérale pour une caisse publique d'assurance-maladie ;
- la charge élevée que les primes d'assurance-maladie représentent dans le budget des ménages qui peinent de plus en plus à y faire face ;
- l'augmentation continue des primes d'assurance-maladie et les disparités croissantes de leur montant selon les caisses ;
- la possibilité ouverte aux Chambres fédérales d'adopter une législation permettant aux cantons qui le souhaitent de créer une caisse publique cantonale ou régionale d'assurance-maladie,

invite le Conseil d'Etat

à agir par tous les moyens à sa disposition, notamment dans le cadre de la Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (CLASS) et de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), afin que la législation fédérale soit modifiée pour permettre aux cantons qui le souhaitent de créer une caisse publique cantonale ou régionale d'assurance-maladie et à en rendre rapport au Grand Conseil.

# 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



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



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



REPUBLIQUE  
ET CANTON  
DE GENEVE

18001 TERRASSAS 100

Direction générale de la santé - DEAS

## 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



REPUBLIQUE  
ET CANTON  
DE GENEVE

18001 TERRASSAS 100

Direction générale de la santé - DEAS

## 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



## 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



## Pas d'innovation

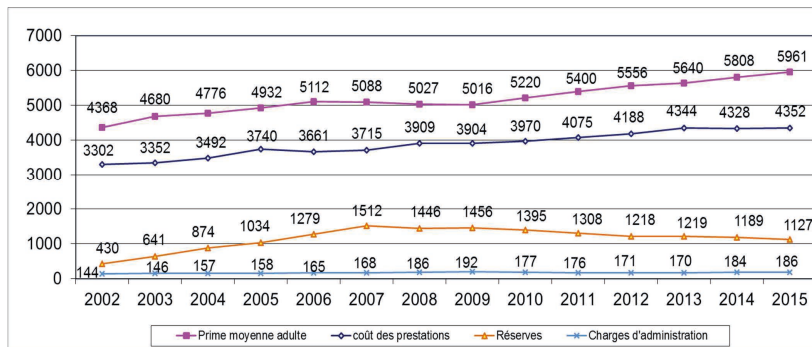
- Mauvaise coordination des soins
- Mauvaise intégration des nouvelles technologies
- Pas d'incitatifs pour les caisses/de la part des caisses maladies



Direction générale de la santé - DEAS

## Echec de la maîtrise des coûts

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



Direction générale de la santé - DEAS