

Date de dépôt : 20 avril 2015

Rapport

de la Commission de la santé chargée d'étudier la proposition de résolution du Conseil d'Etat pour modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (*Initiative du canton à l'Assemblée fédérale*)

Rapport de M. Jean-Luc Forni

Mesdames et
Messieurs les députés,

La Commission de la santé a examiné la proposition de résolution 781 lors de ses séances des 30 janvier et 6 mars 2015, en présence de M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat, DEAS, de M. Adrien Bron, directeur général de la santé (DGS), et de M. Patrick Mazzaferri, directeur du service de l'assurance-maladie (SAM). Les procès-verbaux ont été tenus avec exactitude par M^{me} Virginie Moro et M. Sébastien Pasche. Qu'ils soient remerciés de leur collaboration hautement appréciée aux travaux de la commission.

Préambule

Cette proposition de résolution demande à l'Assemblée fédérale de modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994, afin d'autoriser les cantons à instaurer une caisse maladie unique sur leur territoire, séparément ou en commun avec d'autres cantons.

Cette proposition de résolution émanant du Conseil d'Etat a été traitée conjointement avec la proposition de motion 2232 traitant du même sujet et invitant 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 rendre rapport au Grand Conseil. »

Les travaux de la commission débutent avec une présentation de la résolution 781 par M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat chargé du DEAS.

Exposé de M. Mauro Poggia

M. Poggia constate que cette initiative proposée par le canton a pour but d'être déposée à Berne. Il mentionne qu'elle n'a pas été rédigée dans le but de laisser une marge de manœuvre pour voir comment la concrétisation est possible. 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 prochainement et que ce texte sera présenté. Il ajoute également que ce texte a été approuvé par les chefs des départements de la santé des autres cantons romands. Sur cette base, 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.

M. Poggia souligne que la votation du 28 septembre 2014 a démontré que le canton de Genève, comme d'autres cantons romands, était favorable à la création d'une caisse maladie unique s'agissant de l'assurance obligatoire des soins. Il mentionne qu'il se doutait bien qu'il y aurait un clivage entre la Suisse romande et la Suisse alémanique. M. Poggia relève que Genève a fait une évolution assez marquée par rapport à la dernière votation sur le sujet en 2007. A cette époque, une initiative socialiste mélangeait deux sujets : une caisse unique et un mode de financement basé sur la capacité des contribuables. Il constate que les Suisses ne veulent pas de cette différence de capacité des contribuables, 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 mentionne que les motifs qui ont amené la majorité des Genevois à soutenir cette initiative fédérale est le constat que la LAMal fixe, avec ses ordonnances d'application, de manière exhaustive, les prestations qui sont couvertes obligatoirement, ce qui n'implique pas les assurances complémentaires relevant des assurances privées et pas de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). 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 que dans une autre est qu'une caisse a réussi à avoir des risques moins lourds que l'autre. 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 les caisses qui ont des cas lourds reçoivent une compensation des caisses qui ont des cas plus légers. Avec une caisse unique, il n'y aurait plus 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. Il indique que cela constitue une plus grande responsabilisation des assurés à cet égard.

M. Poggia indique 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 et qui veulent appliquer la loi fédérale par un autre instrument en leurs mains. Cela 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 actuellement. Aujourd'hui, poursuit-il, la Confédération fait très peu de prévention. Celle-ci est faite par le canton avec un financement propre et non pas au moyen de l'assurance-maladie.

M. Poggia conclut que la motion 2232 demande au Conseil d'Etat de faire tout ce qui est en son pouvoir pour sensibiliser la CLASS (Conférence latine dont les membres font partie de la CDS) et la CDS (Conférence nationale des directeurs de la santé). Il indique que la CLASS est plus favorable à la caisse unique que la CDS où l'écho est clairement négatif. Il indique que la relation de l'administré face à l'Etat est très différente entre la mentalité alémanique

et la mentalité romande, ce qui constitue réellement une différence culturelle. Il mentionne que le temps nécessaire pour que la Suisse alémanique fasse un pas en direction de la Suisse romande sera très long, ce qui signifie donc 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 que la majorité du Conseil d'Etat a 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. Ce dernier 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 suffirait de laisser la possibilité aux cantons de mettre en œuvre un système de caisse unique. Il mentionne que c'est une assurance sociale trouvant sa source dans la législation fédérale et que les prestations LAMal résultent du droit public contrairement aux assurances complémentaires. Il précise que l'instrument qui va effectuer cette tâche doit être un instrument en main du canton mais pas forcément une entité de droit public.

Discussion

Un commissaire (PLR) s'étonne que si, par hypothèse, les Chambres fédérales entraient en matière sur la compétence laissée 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 ce choix disparaîtrait et que cela correspondrait à 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. Il se dit surpris 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 pour lesquels les Genevois sont en contradiction avec le reste de la Suisse.

M. Poggia remercie le commissaire pour ses 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. Le projet sera certainement soumis au peuple par

référéndum, ce qui implique que le peuple devra se prononcer sur cette possibilité.

Il mentionne que ce n'est pas la votation du 28 septembre qui est aujourd'hui imposée aux Genevois mais un système propre n'enlevant rien aux autres objections notamment 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 ! Il mentionne encore que les coûts seront soumis au principe de la transparence puisque l'on saura exactement où passera l'argent. Il serait faux de dire qu'avec cette caisse les primes vont baisser. Comme ce sera une caisse cantonale voire même intercantonale, il n'est plus 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 soi.

M. Poggia pose la question suivante : est-ce que la limitation de la liberté de choix induite par la caisse unique en vaut la peine ? Il répond « oui » car cette liberté de choix n'est aujourd'hui qu'un leurre.

La discussion se poursuit.

A la question d'un commissaire (PLR) qui s'inquiète du véritable objectif de cette caisse unique cantonale ou intercantonale et de l'intérêt des grandes caisses maladie existantes pour un tel système, à celle d'un commissaire (MCG) qui s'inquiète du niveau des primes de cette caisse unique et de ce qui se passerait si un assuré quittait le canton pour un autre canton où il n'y aurait pas de caisse cantonale ainsi que le devenir des réserves accumulées, le conseiller d'Etat Mauro Poggia répond que :

- Le système actuel est une machine qui nous crache des primes nouvelles chaque mois de septembre et pour lesquelles nous n'avons pas d'autres choix que d'accepter. Il mentionne que notre seule liberté est de passer vers une nouvelle caisse et ajoute 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. Le canton de Genève paie en grande partie ces primes puisque les subventionnés, à Genève, sont nombreux. Il imagine qu'une délégation du Grand Conseil aura 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 encore qu'on pourrait se poser la question de savoir pourquoi une caisse publique ne serait pas créée au milieu des caisses actuelles ? Il mentionne qu'en créant une caisse publique, cette caisse récupérerait rapidement tous les mauvais risques, ce qui induirait des primes plus élevées que les autres. Il mentionne aussi que ces assureurs, au fond d'eux-mêmes, n'ont rien contre la caisse unique mais qu'ils souhaiteraient être chacun cette caisse unique.

- 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 réserve restera à Genève car le système reste pervers du moment qu'il n'y a pas de système unifié. Il constate toutefois qu'il n'y a pas de perte de couverture.
- Il ne sait pas quelle sera la prime de la caisse unique cantonale mais mentionne qu'il n'y a pas de raison qu'elle soit plus chère que la prime moyenne cantonale actuelle. Il remarque aussi que, pour les assurés genevois, les réserves sont déjà constituées et qu'il s'agira simplement de les transférer dans la nouvelle entité juridique qui va les couvrir.

D'autres problématiques sont également abordées comme la question des coûts liés aux professionnels de la santé, la liberté de choisir son prestataire de soins, la possibilité de revenir au système actuel de la concurrence entre différentes caisses maladie si les primes de la caisse cantonale explosaient.

A toutes ces interrogations des commissaires, il a été répondu que le Parlement pourrait en tout temps abroger cette loi si un système concurrentiel était jugé plus favorable, que la liberté de contracter existe dans la mesure où elle n'est pas limitée par la loi et qu'il n'y a pas de liberté absolue de contracter avec qui on le souhaite puisque ce n'est pas une question de droit privé. Il est essentiel qu'il y ait une vraie responsabilisation de la maîtrise des coûts.

Une commissaire (MCG) remarque que beaucoup d'éléments très denses ont été présentés et demande s'il serait possible de pouvoir mieux conceptualiser ce nouveau système par une présentation pratique du département de manière plus poussée en cas d'acceptation de cette résolution.

Un commissaire (PLR) propose l'audition d'un responsable de l'OFSP pour avoir l'avis de cet office bien que ce soit une décision politique.

Le Président met aux voix la proposition du commissaire (MCG) d'obtenir des informations supplémentaires :

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 du commissaire (PLR) 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.

Notons d'emblée que l'OFSP refusera cette audition par courrier adressé au Président de la commission.

Présentation du département sur les inconvénients administratifs du système actuel de l'assurance-maladie

(voir annexe)

M. Bron 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 et de contracter avec les professionnels de la 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. 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% et qu'elles sont considérées par les assureurs comme des personnes 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 qu'un quart 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 $110 \text{ F} \times 40\,000 \text{ personnes} \times \text{douze mois}$, ce qui revient à une somme considérable qui pourrait être économisée si les trois autres quarts choisissaient également la caisse la moins chère (390 F).

M. Mazzaferri observe 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 pour remédier à la situation. Au niveau de la complexité du système, il explique qu'il a fallu développer effectivement un système informatique complexe qui doit être régulièrement adapté en fonction des évolutions de la loi. Il souligne que ce système doit pouvoir communiquer aux 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, soit une prise en charge complète, soit des subsides, soit encore des prises en charge relatives à l'art. 64a LAMal. 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 de problème à ce niveau depuis qu'il est entré au SAM, en 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. Mazzaferri indique ensuite que, chaque année, les cantons peuvent demander à la Confédération et aux assureurs les documents sur lesquels 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'informations reçues par les 40 caisses. Il observe que le manque d'informations 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, mais il indique qu'elles sont rarement suivies. Par ailleurs, il souligne que la DGS et le SAM ont remarqué en 2011 que les réserves partaient de Genève pour aller dans les autres cantons. Il indique que l'information n'est plus reçue depuis ce constat. Concernant le nouvel article 64a de la LAMal, il explique que cette loi a 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 mettra en marche pour retrouver l'assuré et renvoyer les actes de défaut de biens à la caisse. Il poursuit en expliquant qu'à la fin de l'année, l'assureur envoie un fichier avec tous les montants considérés dans cet acte de défaut de biens, comprenant les primes à payer, la quote-part, la franchise, les intérêts moratoires et les frais administratifs. Il indique que le canton doit prendre en charge 85% de cette facture et l'assureur reste ensuite propriétaire de la dette pendant encore vingt ans. Il 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 envoyé aux organes de révision des assureurs et que ces derniers ont répondu qu'ils étaient inquiets.

Il observe qu'il existe un véritable sentiment d'impunité et que le 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 de contrôler le système au niveau cantonal. Il relève enfin que le système démontre une grande opacité et les autorités de contrôle, 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. Cela a mis fin aux accords tarifaires et 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 des 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 prestations 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 donc 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 de 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 montraient 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 entre

les différents prestataires de soins car il n'y a pas d'incitatifs internes des 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 plus intéressantes, 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, due aux effets tarifaires, mais qui n'a jamais profité aux Genevois. Il considère finalement qu'il est très difficile de travailler sur les améliorations du réseau, en termes d'efficacité et du travail en commun, lorsque ces incitations ne bénéficient finalement à personne. Il en conclut qu'il est donc difficile d'avoir une certaine légitimité pour parler de la maîtrise des coûts.

Discussion

Un commissaire (PLR) constate que tous les cantons ont le même système et il estime qu'ils devraient arriver à la même conclusion ; il se demande donc pourquoi la CDS se positionne contre la caisse unique.

M. Poggia observe qu'une majorité de droite réagit de manière encore très dogmatique en mettant en avant le fait que l'idée d'une caisse unique est une idée de gauche. Par ailleurs, il souligne qu'il existe un fossé dans les mentalités quant à la relation vis-à-vis de l'Etat entre la Romandie et la Suisse alémanique, laquelle a toujours une grande suspicion envers l'Etat. Par ailleurs, il indique qu'il faut aussi avoir envie d'assumer le système proposé et donc d'assumer tout ce qui pourrait mal se passer. Il estime que certains sont contre la caisse unique pour cette raison.

Ce même commissaire se demande finalement, si l'on ne veut pas retomber sur des préjugés, s'il ne faudrait pas développer une argumentation en amont consistant à dire que le système actuel engendre une complexification des tâches administratives avec toute une série de coûts. Il considère qu'il faut donc plutôt proposer une simplification et une transparence administrative, ce qu'il estime être une argumentation toute différente. Il indique en outre qu'il est lui-même prêt à voter la séparation entre l'assurance de base et les complémentaires ainsi que la mutualisation des réserves. Il considère néanmoins qu'il faut encore attendre pour la caisse unique.

M. Poggia considère qu'il ne faut pas attendre, car l'argumentation autour de la caisse unique a été largement développée durant la campagne. Il relève que l'on ne demande pas de changer le système mais de laisser les cantons agir comme ils le souhaitent afin de pouvoir démontrer qu'un autre système est possible. Il considère que le fait que le débat soit encore frais laisse penser que Genève doit jouer son rôle de pionnier, même si l'initiative n'est ensuite pas acceptée. Il ajoute qu'il va falloir de toute manière taper sur le clou encore plusieurs fois, mais il estime que Genève doit jouer son rôle et représenter toutes les personnes qui ont voté pour la caisse unique et celles qui ont voté contre, mais qui estiment qu'une initiative de proximité similaire pourrait voir le jour.

Un commissaire (S) considère qu'il n'y a pas véritablement d'urgence et qu'il y aurait plus de chances d'avancer si une initiative venait du côté suisse alémanique. Il indique qu'il a discuté avec certains parlementaires fédéraux et qu'il pourrait y avoir prochainement une telle démarche.

Le Président soumet au vote la R 761 :

Pour :	12 (1 EAG, 3 S, 1 Ve, 1 PDC, 1 PLR, 2 UDC, 3 MCG)
Contre :	1 (1 PLR)
Abstention :	1 (1 PLR)

La résolution R 781 est acceptée.

Commentaires du rapporteur

Mesdames et Messieurs les députés, la Commission de la santé a accepté à une très large majorité cette résolution R 781 et vous invite à suivre son choix. La votation du 28 septembre 2014 a démontré que les citoyennes et les citoyens genevois comme ceux d'autres cantons romands étaient favorables à la création d'une caisse maladie unique s'agissant de l'assurance obligatoire de soins. Lors des travaux de la commission, les commissaires ont pu mesurer les travers et les opacités du système « concurrentiel » que nous vivons actuellement dans le système en place de l'assurance maladie de base. Même s'il existe un clivage entre la Suisse alémanique et la Suisse romande sur cette question, les commissaires ont jugé nécessaire et urgent de remettre l'ouvrage sur le métier et, à l'instar d'autres cantons romands qui suivront la même voie, d'envoyer une initiative du canton de Genève à l'Assemblée fédérale afin de modifier la loi fédérale sur l'assurance maladie du 18 mars 1994 permettant d'autoriser les cantons qui le souhaitent à instaurer une caisse unique cantonale ou intercantonale sur leur territoire.

A la lecture de ce rapport vous pourrez constater que les primes payées par les Genevoises et les Genevois sont parmi les plus chères de Suisse et

qu'ils ont payé des montants trop élevés qui ne leur seront pas totalement remboursés. Le manque de transparence, la chasse aux bons risques, l'opacité de la fixation des primes, la gestion des réserves, l'échec de la maîtrise des coûts par manque de mesures incitatives notamment, la complexité administrative et bien d'autres inconvénients reflètent encore les carences et les dysfonctionnements du système actuel.

Genève doit jouer son rôle de pionnier en la matière. Il n'est pas possible de transposer automatiquement le résultat de la votation du 28 septembre 2014 concernant la caisse unique sur une future et potentielle votation pour une caisse cantonale ou régionale. Il convient toutefois de laisser la possibilité de le faire aux cantons qui le souhaitent. Il n'est pas non plus 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 en donner la possibilité aux cantons qui le souhaitent et qui veulent appliquer la loi fédérale par un autre instrument en leurs mains.

Une grande majorité des commissaires de la Commission de la santé relèvent qu'il est utile et urgent d'accepter cette résolution et de l'envoyer comme initiative cantonale à l'Assemblée fédérale. Ils vous conseillent vivement de suivre leur décision et de voter cette résolution.

Proposition de résolution **(781)**

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

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

- l'article 160, alinéa 1, de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, du 18 avril 1999 ;
- l'article 156 de la loi portant règlement du Grand Conseil de la République et canton de Genève, du 13 septembre 1985 ;
- le résultat de la votation fédérale du 28 septembre 2014 sur la caisse d'assurance-maladie publique,

demande à l'Assemblée fédérale de modifier la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994, afin d'autoriser les cantons à instaurer une caisse maladie unique sur leur territoire, séparément ou en commun avec d'autres cantons.

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



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



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



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



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

Echec de la maîtrise des coûts

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

