

Date de dépôt : 15 mars 2017

Réponse du Conseil d'Etat

à la question écrite urgente de Mme Frédérique Perler : Subsidés d'assurance-maladie : comment s'y retrouver ?

Mesdames et
Messieurs les députés,

En date du 24 février 2017, le Grand Conseil a renvoyé au Conseil d'Etat la question écrite urgente qui a la teneur suivante :

Suite à l'acceptation de la loi 11540 par le Grand Conseil, puis par le peuple, son règlement d'application est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2016.

Pour mémoire, la modification de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal – J 3 05), visait à corriger les effets de seuil constatés en matière de droit au subsidé complet de l'assurance-maladie pour les rentiers AVS/AI.

En effet, les rentiers AVS/AI ont droit à des prestations complémentaires cantonales (PCC) si leur revenu est inférieur aux dépenses reconnues par la loi (LPCC). De plus, ces prestataires ont automatiquement droit au subsidé complet d'assurance-maladie¹.

Pour les rentiers dont le revenu est supérieur aux dépenses reconnues, ceux-ci n'ont pas droit aux PCC. Toutefois, une disposition prévoyait qu'un subsidé complet d'assurance-maladie était également accordé aux rentiers qui n'ont pas de droit aux PCC, mais dont l'excédent de revenus est inférieur à leur prime maladie.

De la sorte, des rentiers se voyaient refuser le subsidé d'assurance-maladie pour quelques francs d'excédent de ressources, alors que d'autres, pour quelques francs de moins, se voyaient accorder le subsidé total, entraînant des disparités en termes de revenus disponibles à l'intérieur du cercle des bénéficiaires.

¹ Dans les limites de la PMC (prime moyenne cantonale).

La loi corrige donc une situation où la totalité de la prime d'assurance-maladie était prise en charge, par un calcul au franc près. La volonté du Conseil d'Etat étant de rétablir une certaine équité pour cette catégorie de bénéficiaires par l'attribution du subside versé au franc près.

Avec l'entrée en vigueur de cette loi, les rentiers se voient désormais octroyer un subside non plus total mais partiel, lequel couvre la différence entre la prime d'assurance-maladie et l'excédent de revenu.

Du reste, l'art. 22 al. 6 de la loi d'application J 3 05 voté est clairement rédigé :

Art. 22, al. 6 (nouvelle teneur), al. 9 (nouveau)

6 Les bénéficiaires d'une prestation annuelle, fédérale et/ou cantonale, complémentaire à l'AVS/AI versée par le service ont droit à un subside égal au montant de leur prime d'assurance obligatoire des soins, mais au maximum au montant correspondant à la prime moyenne cantonale fixée par le Département fédéral de l'intérieur. Les personnes qui ont un excédent de ressources inférieur à la prime moyenne cantonale ont droit à un subside équivalent à la différence entre la prime moyenne cantonale et l'excédent de ressources.

9 Le Conseil d'Etat détermine par règlement les conditions d'application de l'alinéa 6.

Or, à la lecture de l'art. 11A du règlement d'exécution de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (RaLAMal)², on observe que les conditions d'application de l'alinéa 6 s'expriment à travers une série de modalités et de principes dont la résultante est d'une complexité inouïe, incompréhensible pour le citoyen lambda et, surtout, on peine à y retrouver l'esprit du législateur.

En effet, tout au long des travaux en commission, et lors du débat en plénière, l'argument phare du département – qu'il n'a cessé de marteler – visait à corriger une pratique administrative – et donc une largesse de l'Etat – en passant d'un système forfaitaire à un système au franc près.

² www.geneve.ch/legislation/rsg/f/s/rsg_J3_05P01.html

Mes questions sont les suivantes :

D'une manière générale :

- ***Quelles sont les raisons et/ou les exigences qui ont présidé à l'élaboration de l'art. 11A d'une manière aussi complexe et détaillée ?***
- ***Est-ce que les bénéficiaires ont été tenus informés de la modification de calcul en vue du versement du subside, à quel moment et sous quelle forme ?***

Plus particulièrement :

- ***Pour quelle-s raison-s a-t-il été décidé d'accorder en premier lieu le subside ordinaire et ensuite un complément décliné à travers 4 principes successifs ?***
- ***Le choix du terme « solde disponible » – quelque peu confusionnel – est-il délibéré ?***
- ***Quel est l'avantage de l'attribution du «solde» par tranches successives de 20 F à concurrence du montant disponible ? (lesquels entraînent de nouveaux mini effets de seuils...)***
- ***Enfin, n'aurait-il pas été plus simple d'appliquer la loi en prévoyant de verser la différence « au franc près » ?***

Je remercie par avance le Conseil d'Etat des réponses qu'il apportera à ces questions.

RÉPONSE DU CONSEIL D'ÉTAT

En préambule, il convient de rappeler que l'article 22, alinéa 9, de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal), du 29 mai 1997 stipule qu'il revient au Conseil d'Etat de fixer les modalités d'application de l'alinéa 6.

Les raisons qui ont présidé à la mise en place de l'approche retenue au niveau réglementaire sont les suivantes :

- éviter les situations dans lesquelles le montant versé serait plus faible que le coût de la décision rendue par l'administration;

- éviter de trop nombreuses opérations de « recalcul » pour de faibles variations dans la situation financière des bénéficiaires et limiter ainsi les échanges avec les administrés et avec les assureurs-maladie;
- limiter la complexité des échanges d'informations avec les assureurs, auxquels il suffit d'indiquer les catégories de barèmes (soit 30 F, 50 F, 70 F, etc.) inspirés des subsides existants;
- éviter les risques de demandes d'un subside ordinaire par les bénéficiaires concernés, la première tranche de 30 F correspondant au subside ordinaire le plus faible attribué par le service de l'assurance-maladie (SAM);
- faciliter la mise en œuvre informatique en reprenant la logique des paliers déjà développée pour le subside ordinaire;
- respecter le droit fédéral en assurant le versement du subside correspondant à la moitié de la prime moyenne cantonale pour les jeunes adultes;
- assurer le paiement de la prime des enfants en accordant un subside égal à la prime moyenne pour cette catégorie de bénéficiaires;
- assurer le paiement intégral, si les montants disponibles sont suffisants, de la prime d'au moins un des membres du ménage afin de limiter les risques de non-paiement des primes.

Dès lors, tout en respectant les principes de la loi 11540, cette approche vise tant à tenir compte du seuil de matérialité qu'à appliquer le principe de proportionnalité, de sorte que le coût administratif inhérent à tout changement dans la situation d'un bénéficiaire ne soit pas supérieur à la prestation versée.

Concernant les quatre principes successifs énoncés à l'article 11A du règlement d'exécution de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (RaLAMal), du 15 décembre 1997, ils permettent au SAM d'attribuer de manière claire et non contestable les montants disponibles. Dans ce contexte, le choix du terme « solde disponible », qui décrit bien la notion de somme encore à disposition après les attributions précédentes, est délibéré.

S'agissant des informations communiquées aux bénéficiaires concernés, il importe de préciser que ces derniers ont tous reçu un courrier du service des prestations complémentaires (SPC) leur indiquant qu'ils étaient concernés par les effets de la loi 11540 et que les informations précises sur le montant de leur subside leur seraient communiquées ultérieurement par le SAM. De plus, le SPC a également intégré un message d'information relatif à la loi 11540 sur son site Internet. Le SAM a, quant à lui, envoyé aux personnes

concernées une attestation leur indiquant le montant de subside alloué. Ces informations ont également été communiquées aux assureurs-maladie afin qu'ils déduisent le subside du montant de la prime conformément à la loi fédérale. De plus, l'ensemble des explications idoines a également été intégré sur le site Internet du SAM. Enfin, ces deux services ont répondu à l'ensemble des questions qui leur ont été adressées, soit par des bénéficiaires, soit par les associations chargées de les représenter, telles que, par exemple, Pro Infirmis ou Pro Senectute.

Pour l'ensemble des raisons évoquées ci-dessus, il apparaît qu'il n'aurait pas été plus simple pour les acteurs concernés, soit les bénéficiaires, les assureurs privés et l'administration, d'appliquer une approche au franc près. La solution retenue permet d'allier souci d'équité entre les personnes et efficience administrative.

Au bénéfice de ces explications, le Conseil d'Etat vous invite, Mesdames et Messieurs les Députés, à prendre acte de la présente réponse.

AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

La chancelière :
Anja WYDEN GUELPA

Le président :
François LONGCHAMP