

Date de dépôt : 26 septembre 2018

Rapport du Conseil d'Etat

au Grand Conseil sur la prise en considération de l'initiative populaire cantonale 170 « Pour des primes d'assurance-maladie plafonnées à 10% du revenu du ménage ! »

- | | |
|--|------------------------------------|
| 1. Arrêté du Conseil d'Etat constatant l'aboutissement de l'initiative, publié dans la Feuille d'avis officielle le | 1^{er} juin 2018 |
| 2. Arrêté du Conseil d'Etat au sujet de la validité de l'initiative, au plus tard le | 1^{er} octobre 2018 |
| 3. Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la prise en considération de l'initiative, au plus tard le | 1^{er} octobre 2018 |
| 4. Décision du Grand Conseil sur la prise en considération de l'initiative et sur l'opposition éventuelle d'un contreprojet, au plus tard le | 1^{er} juin 2019 |
| 5. En cas d'opposition d'un contreprojet, adoption par le Grand Conseil du contreprojet, au plus tard le | 1^{er} juin 2020 |

Mesdames et
Messieurs les Députés,

Le Conseil d'Etat a constaté l'aboutissement de l'initiative populaire 170 « Pour des primes d'assurance-maladie plafonnées à 10% du revenu du ménage ! » (ci-après : IN 170) par un arrêté du 30 mai 2018, publié dans la Feuille d'avis officielle du 1^{er} juin 2018. De cette date courent une série de délais successifs, qui définissent les étapes de la procédure en vue d'assurer le bon exercice des droits populaires.

Le premier des délais de procédure a trait au dépôt du présent rapport au Grand Conseil en vue de son traitement par la commission ad hoc, dépôt qui doit intervenir dans les 4 mois suivant la publication de la constatation de l'aboutissement de l'initiative, conformément à l'article 120A, alinéa 1, de la loi portant règlement du Grand Conseil de la République et canton de Genève, du 13 septembre 1985 (B 1 01).

En l'espèce, ce délai arrive à échéance le 1^{er} octobre 2018.

Par arrêté séparé de ce jour, le Conseil d'Etat a estimé que l'IN 170 respectait l'ensemble des conditions de validité d'une initiative populaire cantonale. Il l'a donc déclarée valide.

En ce qui concerne la prise en considération de l'initiative, le Conseil d'Etat abordera, dans le présent rapport, plus particulièrement les points suivants :

1. la description des dispositions de l'initiative 170;
2. les éléments contextuels;
3. les implications de l'initiative.

C'est sur cette base qu'il exprimera ensuite au Grand Conseil sa position quant à la suite à donner à cette initiative.

1. Les dispositions prévues par l'initiative 170

L'IN 170 « Pour des primes d'assurance-maladie plafonnées à 10% du revenu du ménage ! » est une initiative législative qui prévoit de modifier les dispositions actuelles de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 1997 (rs/GE J 3 05; LaLAMal), concernant le cercle des ayants droit (art. 20), les limites de revenu (art. 21) et le montant des subsides (art. 22). Le but de l'initiative est de ramener la charge de la prime d'assurance-maladie, calculée sur la prime moyenne cantonale (PMC) définie par le Département fédéral de l'intérieur (DFI), au maximum à 10% du revenu d'un ménage.

En substance, les modifications sont concrètement les suivantes :

- Une nouvelle catégorie d'ayants droit est ajoutée, à savoir les assurés pour lesquels la prime moyenne cantonale représente plus de 10% du revenu déterminant (art. 20, al. 1, lettre b).
- Le droit aux subsides est ainsi ouvert à tous les assurés dont le montant de la prime moyenne cantonale représente plus de 10% du revenu déterminant (art. 21, al. 1).
- Sont exceptés les assurés disposant d'une fortune brute ou d'un revenu annuel brut important et qui sont présumés n'étant pas de condition économique modeste, à moins qu'ils ne prouvent que leur situation justifie l'octroi d'un subside. Il appartient au Conseil d'Etat de déterminer pour ces assurés les conditions d'application (art. 20, al. 2 et 3, et 21, al. 1).
- Le montant des subsides est fixé de manière à ramener la charge de la prime d'assurance-maladie à 10% du revenu déterminant, en se fondant sur la prime moyenne cantonale. Il est calculé sur l'entier des primes moyennes cantonales d'assurance-maladie du groupe familial inclus dans le calcul du revenu déterminant. Le subside est réparti proportionnellement au montant de chaque prime moyenne cantonale. Toutefois, le montant des subsides ne peut être supérieur à la prime de l'assurance obligatoire des soins (art. 22, al. 1, 2 et 4).

A l'appui de l'IN 170, les initiants évoquent notamment les considérations suivantes :

- *Chaque année, les primes d'assurance-maladie augmentent.*
- *Genève est l'un des cantons qui connaît les primes les plus élevées et les plus fortes hausses moyennes de primes.*
- *Pour une grande partie de la population, que ce soit des personnes vivant seules ou des familles, y compris de la classe moyenne, les primes d'assurance-maladie ne sont plus supportables.*
- *Avec la hausse constante des primes d'assurance-maladie, il est essentiel de donner une bouffée d'oxygène aux habitant-e-s de Genève. En 2016, l'Office fédéral de la statistique (OFS) relève que les dépenses en matière de santé représentent 15,6% du budget des ménages contre 10,3% pour l'alimentation et les boissons non alcoolisées. Il est préoccupant de constater que la part allouée à la santé ne cesse d'augmenter, alors que celle concernant d'autres biens de première nécessité n'évolue pas.*
- *L'initiative introduit un plafonnement du poids des primes sur le budget des ménages genevois pour protéger durablement les assuré-e-s.*

- *L'initiative bénéficiera avant tout aux personnes qui ne sont pas ou peu aidées par le système actuel des subsides à l'assurance-maladie. Le public cible visé par les subsides, actuellement composé principalement des personnes ou des familles les plus modestes, sera ainsi élargi aux familles de la classe moyenne, aux retraité-e-s seul-e-s ou en couple, ainsi qu'aux couples sans enfant.*
- *Ces dernières années, les personnes modestes et la classe moyenne dans notre canton se sont serré la ceinture, alors que les charges courantes ont augmenté (loyer, primes d'assurance-maladie, etc.).*

Ainsi, les initiants souhaitent créer un système de subsides qui limite la charge des primes pesant sur le budget des ménages.

2. Les éléments contextuels

2.1 Augmentation constante des primes

Depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (RS 832.10; LAMal), le 1^{er} janvier 1996, les primes de l'assurance obligatoire des soins ont constamment augmenté.

La fixation des primes est régie par le droit fédéral. En vertu de l'article 12 de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale, du 26 septembre 2014 (RS 832.12; LSAMal), les assureurs financent l'assurance-maladie sociale en appliquant le système de la couverture des besoins. Cela signifie que les recettes de primes d'une année civile doivent permettre de financer l'ensemble des besoins de cette année. Les besoins englobent toutes les dépenses liées à la pratique de l'assurance-maladie sociale, à savoir en particulier les prestations médicales, les frais d'administration, les redevances à la compensation des risques et les ressources nécessaires à la constitution des réserves et des provisions techniques.

Les produits et les charges d'une année doivent donc s'équilibrer pour un effectif d'assurés. Dans l'assurance-maladie sociale, les primes doivent être fixées de sorte à couvrir les prestations pour la même période. Les comptes annuels permettent d'établir si le principe de la couverture des besoins est respecté. Toutefois, des provisions et des réserves doivent aussi être constituées à partir des recettes¹.

Dans le cadre de la procédure de fixation des primes, les cantons peuvent, sur la base de l'article 16, alinéa 6 LSAMal, donner leur avis aux assureurs et à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) sur l'évaluation des coûts pour

¹ FF 2012, page 1745 ad art. 11.

leur territoire et obtenir les informations nécessaires à cet effet. Toutefois, cette procédure est insatisfaisante, et cela pour plusieurs raisons. D'une part, la loi précise que les cantons peuvent donner leur avis et obtenir les informations nécessaires pour autant que ces échanges ne prolongent pas la procédure d'approbation. En pratique, il s'avère qu'il est extrêmement difficile pour les cantons de disposer de ces informations dans un délai utile. D'autre part, les informations obtenues sont souvent insuffisantes, en ce sens qu'elles ne permettent pas de faire toute la lumière sur l'augmentation du niveau de primes prévue par un assureur et son lien avec l'augmentation des coûts de la santé calculée par le canton². Enfin, l'avis du canton n'a aucune force contraignante. Ce système a ainsi pour conséquence que l'écart entre les primes encaissées par les assureurs-maladie pour les assurés de notre canton et les coûts de la santé générés par ceux-ci ne cessent d'augmenter, et ce de manière incompréhensible.

Dans ce système en vigueur, les cantons n'ont ainsi pas d'emprise sur la manière dont sont fixées les primes. Le Conseil d'Etat ne peut que déplorer cette situation. Comme déjà évoqué récemment dans le cadre de son rapport sur la prise en considération de l'IN 165 « Pour une caisse d'assurance-maladie et accidents genevoise publique à but social »³, l'initiative populaire fédérale « Assurance-maladie. Pour une liberté d'organisation des cantons »⁴ lui paraît prometteuse dans ce contexte. Cette initiative a pour but de permettre aux cantons qui le souhaitent de créer une institution cantonale d'assurance-maladie qui se chargerait, pour tout le canton, de fixer les primes et de les percevoir. Le canton pourrait ainsi créer une institution pour financer les coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins et, partant, pour les contrôler. Les assureurs de leur côté continueraient à effectuer le travail administratif comme c'est le cas actuellement et seraient indemnisés pour cela. Les réserves de tous les assureurs seraient mutualisées et gérées au niveau cantonal. Un tel système garantirait que les augmentations de primes se limitent, chaque année, pour tous les assurés du canton, à l'évolution des coûts de la santé. Tous les assurés étant dans un pool de patients, même affiliés à différents assureurs, il n'y aurait plus besoin d'une compensation des risques. L'institution cantonale, fonctionnant comme caisse de compensation des coûts, paierait à chaque assureur le montant des frais générés par ses assurés.

² Le Conseil d'Etat a illustré ces difficultés dans sa réponse du 6 septembre 2017 à la motion M 2346-B.

³ IN 165-A, pages 10 et 11.

⁴ FF 2017, page 5811.

2.2 Les possibilités d'intervention des cantons

En l'état, dans le cadre de la LAMal en vigueur, la seule possibilité d'intervention des cantons pour soulager les assurés du poids de leurs primes réside dans l'aménagement du système des subsides destinés à réduire les primes.

En application de l'article 65, alinéas 1 et 1bis LAMal, les cantons accordent des réductions de primes aux assurés de condition économique modeste, en respectant les prescriptions particulières pour les subsides des enfants et jeunes adultes en formation pour les bas et moyens revenus. Dans ce cadre, les cantons jouissent d'une grande liberté dans l'aménagement et ils peuvent définir de manière autonome ce qu'il faut entendre par « condition économique modeste ». Il revient ainsi à chaque canton de définir notamment le cercle des bénéficiaires, le montant des subsides, la procédure et les modalités de paiement⁵. Lors de l'examen de l'octroi des réductions de primes, les cantons doivent veiller à ce que les circonstances économiques et familiales les plus récentes soient prises en considération, notamment à la demande de l'assuré (art. 65, al. 3 LAMal).

Toute amélioration du système des subsides représente, bien entendu, un coût supplémentaire pour le canton.

Enfin, en dehors de la LAMal, les cantons peuvent soulager le budget des assurés par le biais des déductions fiscales qu'ils admettent pour les primes d'assurance.

2.3 Le modèle vaudois

Dans le cadre de la réforme de l'imposition des entreprises (RIE III), le canton de Vaud a modifié la loi d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 25 juin 1996 (LVLAMal), créant des subsides spécifiques accordés à tous les ménages pour lesquels le paiement des primes LAMal représente, après déduction des subsides ordinaires, plus de 10% du revenu déterminant (art. 17a LVLAMal nouveau). Cette mesure entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2019, simultanément aux modifications légales qui touchent la fiscalité des entreprises⁶.

⁵ Message concernant l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 21 septembre 1998 (FF 1999 I 727ss, N° 242, p. 744).

⁶ Loi du 29 septembre 2015 modifiant la loi du 25 juin 1996 d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie; « Exposé des motifs et projets de lois (EMPD No 1 du projet de budget 2016) et Rapport N° 2 du Conseil d'Etat au Grand

Le système actuel des subsides ordinaires sera maintenu. Le système futur va procéder à un calcul, après octroi ou pas du subside ordinaire. Il y aura quatre options :

- le solde de primes qui reste à payer par le ménage concerné représente moins de 10% de son revenu déterminant. Dans ce cas, le subside ordinaire suffit et aucun subside spécifique n'est alloué;
- le solde de primes qui reste à payer par le ménage concerné dépasse le 10% du revenu déterminant. Dans ce cas, un subside spécifique est alloué pour ramener cette part à 10%;
- le ménage n'obtient pas de subside ordinaire (parce que ses revenus se situent au-dessus des normes). Dans ce cas, le système calcule aussi la part du revenu qui est consacrée aux primes. Si cette part dépasse 10% du revenu déterminant, un subside spécifique est alloué;
- le ménage n'obtient aucun subside, ni ordinaire, ni spécifique, parce que ses revenus sont élevés.

Le montant de prime pris en compte pour le calcul du subside spécifique est limité à une prime cantonale de référence. Celle-ci est fixée pour chaque catégorie d'assurés à partir de la moyenne des primes approuvées par l'OFSP pour les assurés vaudois, compte tenu d'une franchise de 1 000 F pour les adultes et les jeunes adultes, sans franchise pour les enfants (art. 18a, al. 1 et 2 LVLAMal nouveau).

Par ailleurs, en tant que mesure de maîtrise des coûts, le Conseil d'Etat peut adapter les franchises applicables dans le calcul de la prime de référence dès lors que le revenu déterminant de l'assuré est supérieur de 25% au revenu déterminant maximum à partir duquel le droit au subside ordinaire cesse, pour chaque catégorie d'assurés concernée (art. 18a, al. 3 LVLAMal nouveau).

2.4 Le système des subsides en vigueur dans le canton de Genève

Le système actuel connaît deux types de subsides destinés à la réduction des primes :

- les subsides complets versés à l'ensemble des bénéficiaires de l'aide sociale, de prestations complémentaires à l'AVS/AI ou de prestations complémentaires familiales, à hauteur respectivement de la prime cantonale de référence (pour mémoire, 466 F en 2018 pour un adulte) ou de la prime moyenne cantonale (pour mémoire, 584 F en 2018 pour un adulte);

- les subsides partiels (dits « ordinaires ») pour les autres assurés de condition économique modeste. Dans ce cadre, le législateur cantonal a opté pour un système opérant un recensement systématique fondé sur les données fiscales et donnant, en principe, automatiquement lieu à l'octroi d'un subside, étant précisé que le droit à un subside destiné à la réduction des primes se fonde sur les limites de revenu définies par l'article 21 LaLAMal.

Ainsi, s'agissant des ayants droit, le système fait une distinction entre, d'une part, les assurés qui bénéficient de l'attribution automatique d'un subside, à savoir d'une part les bénéficiaires de prestations d'aide sociale, de prestations complémentaires à l'AVS/AI ou familiales (art. 20, al. 1, lettres a et b, LaLAMal) et les assurés de condition économique modeste selon les limites de revenus définies par l'article 21 LaLAMal et, d'autre part, ceux qui ne bénéficient pas de l'attribution automatique d'un subside. Entrent dans ce deuxième cas de figure les assurés présumés ne pas être de condition économique modeste, à savoir les personnes avec une fortune brute ou un revenu annuel brut importants, celles dont le revenu déterminant se situe en dessous des seuils de revenus fixés mais qui ne sont pas au bénéfice de prestations d'aide sociale ainsi que les jeunes adultes de 18 à 25 ans (cf. art. 20, al. 2 et 3 LaLAMal). Ces catégories d'assurés obtiennent un subside sur demande (art. 23, al. 5 LaLAMal), selon les conditions définies par l'article 10 du règlement d'exécution de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 15 décembre 1997 (rs/GE J 3 05.01; RaLAMal).

Les limites de revenu définies à l'article 21 LaLAMal pour l'obtention des subsides partiels sont les suivantes :

Catégorie de subsides	A	B	C	D1	D2	D3
Le montant de votre RDU si vous êtes :						
Une personne seule sans charge légale	0 à 18'000	18'001 à 29'000	29'001 à 38'000			
Un couple sans charge légale	0 à 29'000	29'001 à 47'000	47'001 à 61'000			
Personne seule ou couple avec 1 charge légale	0 à 35'000	35'001 à 53'000	53'001 à 67'000	67'001 à 72'000	72'001 à 77'000	77'001 à 82'000
Personne seule ou couple avec 2 charges légales	0 à 41'000	41'001 à 59'000	59'001 à 73'000	73'001 à 78'000	78'001 à 83'000	83'001 à 88'000
Personne seule ou couple avec 3 charges légales	0 à 47'000	47'001 à 65'000	65'001 à 79'000	79'001 à 84'000	84'001 à 89'000	89'001 à 94'000

En application de l'article 21, alinéa 2 LaLAMal, ces limites sont majorées de 6 000 F par charge légale.

Les catégories de subsides afférentes aux limites de revenu susmentionnées sont les suivantes :

Subsides 2018 (en francs)

	Adulte	Jeune adulte	Enfant
A	90	275	100
B	70	275	100
C	30	275	100
D1	0	275	100
D2	0	275	75
D3	0	275	69

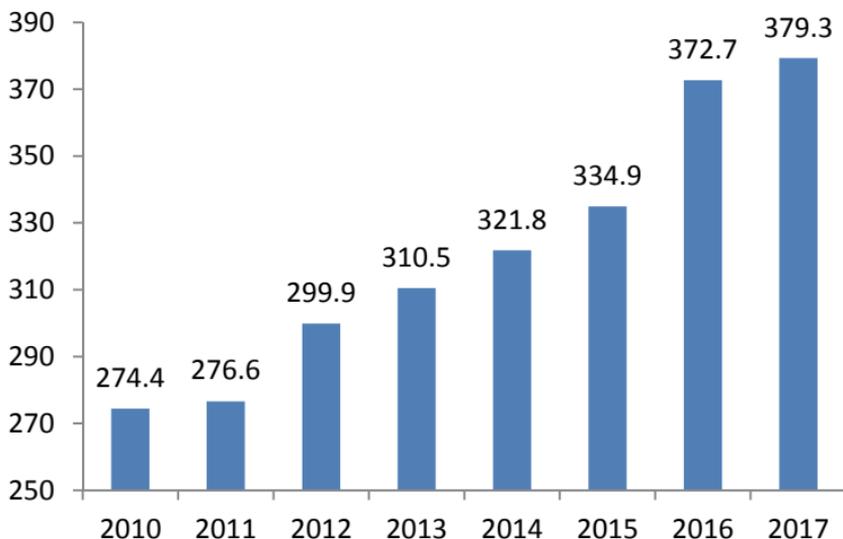
S'agissant du budget consacré aux subsides, le service de l'assurance-maladie (SAM) a versé aux assurés concernés un montant de 323 millions de francs environ en 2017, dont le 80% concerne les subsides complets. Il faut encore ajouter à ces 323 millions de francs un montant de 53 millions de francs liés au paiement des primes des assurés débiteurs⁷, soit un montant global de près de 379 millions de francs en 2017⁸.

A cet égard, il importe de relever que les montants consacrés aux subsides sont en augmentation constante, comme l'illustre l'histogramme ci-dessous :

⁷ En cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts par les assurés, le canton doit prendre en charge 85% des créances des assureurs ayant fait l'objet d'un acte de défaut de biens (art. 64a, al. 4 LAMal).

⁸ Le montant de 379 millions de francs tient également compte de 3,3 millions de provisions sur subside.

Evolution des subsides entre 2010 et 2017 (en



3. Les implications de l'IN 170

3.1 Analyse descriptive du système des subsides selon l'IN 170

Cette initiative propose de changer le paradigme de fixation et d'attribution des subsides d'assurance-maladie en plafonnant le poids des primes à hauteur de 10% du revenu des ménages. Précisons que pour les bénéficiaires de prestations d'aide sociale, de prestations complémentaires à l'AVS/AI et de prestations complémentaires pour familles, l'IN 170 ne prévoit pas de modification.

Le droit aux subsides est ouvert aux assurés lorsque le montant de la PMC représente plus de 10% du revenu déterminant (art. 21, al. 1). Sont exceptés les assurés disposant d'une fortune brute ou d'un revenu annuel brut importants. Ceux-ci sont présumés ne pas être de condition économique modeste et ils obtiennent un subside sur demande, s'ils prouvent que leur situation justifie un tel octroi. Il appartient au Conseil d'Etat de déterminer pour ces assurés les conditions d'application (art. 20, al. 2 et 3, et 21, al. 1, de l'initiative en lien avec l'art. 23, al. 5 LaLAMal en vigueur). A noter que les initiants ne donnent pas d'indication sur ce qu'ils considèrent comme une fortune ou un revenu annuel brut importants. L'article 10 RaLAMal définit actuellement comme fortune brute importante celle qui excède 250 000 F et comme revenu annuel brut important celui qui dépasse 150 000 F.

Selon le nouveau système, le subside correspond au montant qui permet de ramener le poids de la prime, calculé selon la PMC, à 10% du revenu déterminant du ménage. Le montant du subside est toutefois limité au montant de la prime effective de l'assurance obligatoire des soins (art. 22, al. 1 et 4, de l'initiative):

Exemple 1 : Personne seule

PMC 2018 = 584 F, soit 7 008 F par an

Prime effective 2018 = 504 F, soit 6 048 F par an

RDU	10%	PMC annuelle	Subside * annuel	Subside mensuel
70 000	7 000	7 008	8	0.65
65 000	6 500	7 008	508	42
60 000	6 000	7 008	1 008	84
50 000	5 000	7 008	2 008	167
40 000	4 000	7 008	3 008	251
30 000	3 000	7 008	4 008	334

* équivalant au montant ramenant le poids de la PMC annuelle à 10% du RDU

Exemple 2 : Couple avec 2 enfants de moins de 18 ans

PMC 2018 du groupe familial = 2 x 584 F + 2 x 138 F = 17 328 F par an

Prime effective 2018 du groupe familial = 2 x 504 F + 2 x 107 F = 14 664 F par an

RDU	10%	PMC annuelle	Subside * annuel	Subside mensuel
140 000	14 000	17 328	3 328	277
120 000	12 000	17 328	5 328	444
100 000	10 000	17 328	7 328	610
80 000	8 000	17 328	9 328	777
60 000	6 000	17 328	11 328	944

* équivalant au montant ramenant le poids de la PMC annuelle à 10% du RDU

3.2 Analyse et appréciation de l'IN 170

Les caractéristiques de l'initiative étant présentées ci-dessus, le Conseil d'Etat entend examiner ci-après, sous différents aspects, la pertinence de cette initiative.

3.2.1 L'absence d'effet incitatif

L'IN 170 se fonde sur la PMC pour le calcul du montant du subside. Or, dans la mesure où le montant du subside est calculé sur la base de la PMC plutôt que d'une prime de référence plus basse, les assurés ne sont pas encouragés à opter pour des contrats avec des primes inférieures. En effet, ils touchent un même montant au titre du subside, que leur prime effective corresponde à la PMC ou qu'elle soit inférieure à celle-ci. Au contraire, un tel système risque d'avoir pour effet d'inciter les assurés à choisir des primes élevées, proches de la PMC, en optant pour un assureur plus cher, en baissant la franchise ou encore en abandonnant un modèle alternatif, comme celui du médecin de famille, parce qu'une telle augmentation de leur prime n'aura pas d'incidence sur le montant du subside. Ce dernier correspondra toujours au montant permettant de ramener le poids de la PMC à 10% du revenu déterminant.

Indirectement, un tel système favorise dès lors l'augmentation de la consommation de soins et, partant, des coûts de la santé.

3.2.2 Un choix coûteux pour le canton

La PMC, fixée chaque année par le DFI⁹, est une construction fictive, qui ne correspond pas à la réalité du marché genevois. La PMC correspond à la moyenne de la prime ordinaire pondérée par les effectifs définitifs de l'année précédente connus de l'assureur. La prime ordinaire correspond à la prime de l'assurance de base sans rabais lié à un modèle avec une franchise ordinaire (300 F) et la couverture accidents. Or, la majorité des ménages choisissent une couverture dont la prime est inférieure à la PMC.

En effet, selon les statistiques de l'OFSP, 50% des assurés adultes genevois sont assurés auprès d'un modèle alternatif d'assurance, tel le modèle "Médecin de famille" dont les primes sont moins élevées que le modèle de base. Parmi les 50% des autres adultes genevois, assurés auprès du modèle de base, 25% possèdent une franchise élevée. Ainsi, seuls 25% des assurés adultes genevois

⁹ Cf. ordonnance du DFI relative aux primes moyennes 2018 de l'assurance obligatoire des soins pour le calcul des prestations complémentaires, du 1^{er} novembre 2017 (RS 831.309.1).

payent une prime correspondant au modèle de base, avec une franchise à 300 F¹⁰.

En outre, selon les statistiques de l'OFSP, le montant de la prime moyenne effective des 321 675 assurés adultes genevois (toutes formes d'assurance et de franchises confondues) était de 429 F par mois en 2016, soit 18% inférieur à la PMC 2016 (524 F)¹¹.

La PMC a avant tout pour but de servir de référence pour l'application de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, du 6 octobre 2006 (RS 831.30; LPC). Il est d'ailleurs envisagé, dans le cadre de la réforme de cette loi en discussion aux Chambres fédérales, d'autoriser les cantons à s'éloigner de la PMC et à se baser sur la prime effective lorsque celle-ci est inférieure à la PMC¹².

Choisir la PMC comme prime de référence serait une solution coûteuse pour le canton. A titre d'exemple, la prime cantonale de référence (PCR) introduite dans le cadre du régime d'aide sociale en 2017, en remplacement de la PMC, a permis de diminuer de 3,7 millions de francs (cumul des économies 2017 et 2018) le montant à charge de l'Etat pour la prise en charge de la prime des bénéficiaires de l'aide sociale, tout en permettant une couverture des soins identiques avec prise en charge des quotes-parts et de la franchise. Selon l'article 21A, alinéa 1, de la loi sur l'insertion et l'aide sociale individuelle, du 22 mars 2007 (rs/GE J 4 04; LIASI), et l'article 4 de son règlement d'exécution, le calcul de la PCR se fonde sur une sélection de 10 assureurs proposant, d'une part, dans le cadre de l'assurance de base les primes les moins chères avec une franchise à option maximale (2 500 F) et la couverture du risque accidents et, d'autre part, ayant un effectif d'assurés par assureur supérieur à 1 000 assurés. La PCR correspond à la prime la plus chère proposée par les assureurs ainsi sélectionnés. Pour l'année 2018, la PCR est fixée à 466 F pour les adultes et à 445 F pour les jeunes adultes (entre 18 et 25 ans révolus).

¹⁰ Portail statistique de l'assurance-maladie obligatoire, Part des formes d'assurance en %, 2015, OFSP.

¹¹ Portail statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2016, T 3.04 et T 7.14, 2016, OFSP.

¹² Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (FF 2016, p. 7295).

Reprenons l'exemple des initiants¹³ :

Exemple 3 : Couple avec deux enfants de moins de 18 ans

RDU 2017 = 88 000 F

PMC 2017 du groupe familial = 16 400 F (correspondant à 18,6% du RDU)

RDU	10%	PMC annuelle	Subside
88 000	8 800	16 400	7 600

Si cette famille avait des primes effectives de 20% inférieures à la PMC, soit 13 120 F par année, elle recevrait toujours les 7 600 F au titre du subside alors que le pourcentage des primes qui dépassent son revenu déterminant serait de 15% (soit l'équivalent d'un subside de 4 320 F). L'Etat verserait de facto un montant de 3 280 F en trop par rapport à la situation où la prime de référence serait d'un niveau correspondant à la prime effective.

RDU	10%	Prime cantonale de référence	Subside
88 000	8 800	13 120	4 320

Comme le groupe familial touche le même montant de subsides, que ces primes effectives soient proches de la PMC ou qu'elles soient nettement inférieures à celle-ci, il n'a aucune incitation à choisir une assurance avec des primes moins chères. Ainsi, l'IN 170 aurait pour effet de subventionner indirectement les assureurs pratiquant des primes élevées. Pour le canton, le choix de la PMC comme prime de référence représenterait un surcoût qui pourrait être évité par le choix de recourir à une prime de référence inférieure à la PMC.

Le canton de Vaud a intégré cette préoccupation dans son modèle, puisqu'il se fonde sur une prime cantonale de référence, inférieure à la PMC, pour calculer le subside spécifique, lequel permet de ramener le poids de cette prime de référence à 10% du revenu déterminant d'un ménage (cf. ad point 2.3 ci-dessus).

¹³ Cf. exposé des motifs de l'initiative.

3.2.3 Absence de délai pour l'entrée en vigueur des modifications légales proposées

En cas d'acceptation de l'initiative, les modifications légales entreraient en vigueur dès le lendemain de la publication de l'arrêté de promulgation du Conseil d'Etat.

Or, le système de calcul et d'attribution des subsides tel que proposé par l'initiative nécessiterait un travail conséquent de mise en œuvre (au niveau informatique notamment). Par ailleurs, une telle réforme devrait idéalement entrer en vigueur un 1^{er} janvier, dans la mesure où la modification des primes LAMal intervient en général pour le 1^{er} janvier de chaque année et que le RDU est calculé sur une année fiscale commençant également le 1^{er} janvier.

3.2.4 Incidences sur les autres prestations

Les subsides LAMal sont la première prestation dans la hiérarchie des prestations (art. 13 LRDU). Ainsi, toute augmentation des subsides aurait une incidence sur l'octroi des prestations qui se situent en aval. Par une augmentation des subsides, leurs bénéficiaires risqueraient de perdre ou de voir diminuer les autres prestations telles que les avances sur pension alimentaire ou les allocations de logement si les barèmes y relatifs ne sont pas revus en conséquence. Il faudrait également examiner les éventuels effets de seuil pour les bénéficiaires de l'aide sociale.

De plus, dans la mesure où l'IN 170 ne prévoit aucun délai pour la mise en œuvre, le Conseil d'Etat n'aura pas le temps d'étudier ces effets collatéraux et de proposer, le cas échéant, au Grand Conseil des mesures de coordination permettant de les corriger ou de les atténuer.

3.2.5 Effets administratifs

Actuellement, environ 60 000 personnes touchent un subside ordinaire. L'IN 170 pourrait concerner jusqu'à 200 000 bénéficiaires de subsides, ce qui triplerait le nombre des ayants droit. Avec un tel volume, un traitement individuel nécessiterait des moyens considérables. Dans ce cadre, une difficulté majeure est à relever.

Selon les termes de l'initiative, le montant du subside est calculé en fonction du revenu, puisqu'il est fixé de manière à ramener le poids de la prime (sur la base de la PMC) à 10% du revenu déterminant.

La mise à jour de la prestation en fonction de l'évolution de l'activité et du revenu demanderait un important travail administratif. En effet, actuellement les assurés peuvent soumettre au SAM une demande de prise en compte de changement de situation économique en cas de diminution du revenu

déterminant de plus de 20% intervenue depuis plus de 6 mois (art. 13B RaLAMal). Avec l'augmentation du nombre des ayants droit concernés par l'initiative, il faudrait s'attendre à une croissance des demandes de mise à jour des revenus, ce qui exigerait un travail administratif beaucoup plus important pour le SAM, ce travail ne pouvant être automatisé.

3.2.6 Suppression de l'art. 20, al. 3 LaLAMal en vigueur

L'entrée en vigueur des modifications législatives proposées par l'IN 170 aurait pour conséquence la suppression de l'art. 20, al. 3 LaLAMal en vigueur relatif, d'une part, aux assurés jeunes adultes (lettre b) et, d'autre part, aux assurés avec des revenus déclarés qui ne sont pas ou que peu plausibles (revenus plancher) (lettre a).

S'agissant des jeunes adultes, le droit aux subsides n'est en effet actuellement pas automatiquement ouvert même si leur revenu déterminant ne dépasse pas les limites fixées par la loi. Ils peuvent toutefois présenter une demande et obtenir un subside si leur situation le justifie. Il s'agit de pouvoir tenir compte d'autres éléments d'appréciation que leur seul RDU, dont notamment la situation économique des parents, de manière à déterminer leur capacité économique. Cette disposition avait été prise en lien avec une proposition de l'ancienne CEPP (commission d'évaluation des politiques publiques), du 15 février 2000¹⁴.

Quant au revenu plancher, celui-ci avait été introduit sur la base du constat que parmi les assurés au bénéfice d'un subside et dont le revenu était inférieur à 15 000 F, se trouvaient des personnes dont l'entretien était assuré par un membre de leur famille. Il y avait également des personnes qui, tout en vivant de leur fortune, avaient renoncé en toute liberté à mettre à profit leur pleine capacité de gain, ou encore qui étaient taxées au forfait¹⁵. Le but était dès lors d'introduire davantage d'équité dans l'octroi des subsides.

Il n'est en effet pas équitable que ces assurés bénéficient d'un subside automatiquement et uniquement sur la base du revenu personnel qu'ils déclarent au fisc et résultant de l'application de la LRDU, sans que la réalité de leur situation économique ne soit prise en compte. Ces personnes peuvent obtenir un subside sur demande, si leur situation effective le justifie.

La suppression de cette disposition aurait dès lors un impact important, notamment en termes de justice sociale et en termes budgétaires, puisque l'Etat pourrait potentiellement octroyer des subsides à des personnes sur des

¹⁴ Cf. PL 9370, MGC 2003-2004/XII A 6940, ad art. 20, al. 3 et 21, al. 1.

¹⁵ Cf. PL 10122, MGC 2006-2007/XII A 11499 et 11500, ad art. 20, al. 2 et 3.

bases erronées (abandon de la vérification des revenus déterminants). Elle permettrait aux jeunes adultes étudiants qui habitent avec des parents fortunés et qui, par conséquent, n'ont pas besoin de travailler et ont 0 F de revenu, d'obtenir un subside couvrant la totalité de la prime de base à 300 F de franchise, alors que des jeunes adultes habitant avec des parents moins fortunés et qui doivent travailler pour faire des études pourraient de ce fait être privés de subsides.

3.2.7 Effets indésirables en lien avec les poursuites pour dettes

L'article 22, alinéa 2, dernière phrase du texte légal proposé par l'IN 170 prévoit une répartition proportionnelle du subside aux montants des diverses PMC du groupe familial. Cette manière de distribuer le subside favoriserait, en cas de non-paiement des primes par les assurés, des poursuites envers tous les membres de la famille, en particulier les enfants. Cette difficulté pourrait être atténuée en attribuant le subside prioritairement aux enfants, puis aux jeunes adultes et, enfin, aux adultes faisant partie du groupe familial (cf. art. 17c, al.2 LVLAMal nouveau).

3.2.8 Suppression de l'art. 22, al. 5 LaLAMal en vigueur

L'entrée en vigueur des modifications législatives proposées par l'IN 170 aurait pour conséquence la suppression de l'article 22, alinéa 5 LaLAMal en vigueur. Celui-ci prévoit que le versement du subside cesse le jour du départ de Suisse de l'assuré bénéficiaire. Il résulterait de cette suppression qu'un assuré genevois bénéficiaire de subsides qui s'installe en France et continue de travailler en Suisse, pourrait ainsi bénéficier d'un subside calculé selon la PMC genevoise, sans rapport, entre autres, avec le niveau des primes LAMal pour assurés domiciliés à l'étranger, lesquelles sont chez certains assureurs bien moins élevées que celles pratiquées à Genève.

Selon le droit actuellement en vigueur, les assurés domiciliés à l'étranger peuvent obtenir un subside en présentant une demande accompagnée des pièces justifiant de leur situation de revenus et de fortune. Le revenu pris en compte est corrigé en fonction de la différence du pouvoir d'achat entre la Suisse et le pays de résidence. Dans ce cadre, il est fait application du facteur de correction défini chaque année par le DFI pour chaque Etat membre de l'Union européenne ainsi que pour l'Islande et la Norvège, en vertu de l'article 6, alinéa 2, de l'ordonnance fédérale concernant la réduction des primes dans l'assurance-maladie en faveur des rentiers qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège, du 3 juillet 2001 (RS 832.112.5; ORPMCE) (cf. art. 24A LaLAMal et 13 RaLAMal).

3.2.9 Conséquences financières de l'IN 170

Les initiants ne présentent aucune évaluation chiffrée du coût supplémentaire qui résulterait pour le canton de la mise en œuvre de cette initiative en cas d'acceptation. Ils considèrent que des mesures simples permettraient de le financer tout en laissant le choix du financement à l'appréciation du Conseil d'Etat et en souhaitant que ce dernier privilégie des mesures qui n'affectent pas ou peu les classes moyennes.

Selon l'évaluation du Conseil d'Etat, la mise en œuvre de l'IN 170 représenterait un coût supplémentaire pour le canton de 450 millions de francs par année qu'il faudrait financer. Cette estimation se base sur une hypothèse maximale, selon laquelle les subsides en faveur des quelques 21 000 jeunes adultes (18-25 ans) seraient octroyés sans tenir compte d'un éventuel regroupement avec leurs parents (et donc sans prendre en compte les revenus de ces derniers dans le revenu déterminant), d'une part, et sans qu'une limite maximale de revenus et/ou de fortune ne soit appliquée, d'autre part. Ces 450 millions de francs viendraient ainsi s'ajouter aux 56 millions de francs alloués actuellement pour les subsides « ordinaires », ce qui représenterait près de 500 millions de francs au total, tout en rappelant que le canton verse également près de 300 millions de subsides « complets » en faveur des bénéficiaires de l'aide sociale, des prestations complémentaires à l'AVS/AI et des prestations complémentaires familiales. Le budget global des subsides alloués par le canton s'élèverait ainsi à près de 800 millions de francs dès la mise en œuvre de ladite initiative.

En outre, selon les estimations liées à l'évolution de la prime moyenne cantonale (+ 46,6% entre 2008 et 2018), la mise en œuvre de l'IN 170 pourrait représenter un coût supplémentaire de 970 millions de francs environ dans 10 ans rien que pour les subsides ordinaires, et ceci sans tenir compte de l'évolution de la population qui pourrait croître de 10% environ dans la même période (ce qui impliquerait de rajouter 97 millions de francs supplémentaires dans ce cadre).

3.2.10 Absence de maîtrise des coûts pour le canton

L'IN 170 coûterait non seulement plusieurs centaines de millions de francs supplémentaires par année, mais elle aurait aussi pour effet de créer un lien direct entre le montant des subsides et celui des primes. Comme le canton n'a pas d'emprise sur l'évolution des primes, il ne pourrait pas contrôler l'évolution de l'enveloppe budgétaire à consacrer annuellement aux subsides et perdrait toute maîtrise dans ce domaine. Il serait dès lors important de pouvoir intégrer dans le nouveau système des mesures de maîtrise des coûts.

4. Conclusion

Sur la base des éléments présentés ci-dessus et tout en partageant la préoccupation des initiants quant à l'augmentation constante des primes qui pèsent lourdement sur le budget des assurés genevois, le Conseil d'Etat considère que l'IN 170 ne représente pas une solution opportune pour remédier à ce problème. Celle-ci serait en effet extrêmement coûteuse, notamment par le choix retenu pour la prime de référence qui est celui de la PMC. En retenant une prime de référence plus basse, le même effet pourrait être atteint pour les assurés (à savoir la limitation dans la durée de la charge de la prime pesant sur leur ménage), tout en les incitant à choisir une assurance à primes moins chères. En outre, par la suppression des dispositions en vigueur concernant, d'une part, les jeunes adultes et les assurés dont les revenus déclarés ne sont pas ou peu plausibles (art. 20, al. 3 LaLAMal) et, d'autre part, concernant la cessation des subsides pour les bénéficiaires qui quittent Genève (art. 22, al. 5 LaLAMal), l'initiative aurait des conséquences non souhaitables en termes de justice sociale. Par ailleurs, en prévoyant une répartition proportionnelle du subside aux montants des diverses PMC du groupe familial, elle créerait aussi des effets indésirables en lien avec les poursuites pour dettes.

Enfin, le canton perdrait toute maîtrise sur l'évolution du budget à consacrer aux subsides et supporterait de plein fouet l'augmentation constante des primes, alors que ce problème doit en premier lieu être réglé au niveau du droit fédéral. Le nouveau système devrait dès lors prévoir des mesures de maîtrise du budget par exemple sous la forme d'une action parallèle et simultanée sur la maîtrise de l'évolution des coûts de la santé.

Cela étant, le Conseil d'Etat soumettra ultérieurement au Grand Conseil un contreprojet modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 1997, afin de diminuer le poids des primes pour les assurés de condition économique modeste. Ce contreprojet, dont plusieurs variantes sont actuellement à l'étude, visera à réduire quelque peu le périmètre de cette initiative et donc les coûts, en ciblant les personnes qui sont les plus préériorisées en fonction de leur revenu, leur fortune et/ou de leur structure familiale quant à la charge des primes d'assurance-maladie sur leur budget.

Au bénéfice de ces explications, le Conseil d'Etat vous invite, Mesdames et Messieurs les Députés, à rejeter l'IN 170 et à lui opposer un contreprojet.

AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

La chancelière :
Michèle RIGHETTI

Le président :
Antonio HODGERS