

Date de dépôt : 2 janvier 2020

Rapport

de la commission des affaires sociales chargée d'étudier le projet de loi de M^{mes} et MM. Alain Charbonnier, Anne Emery-Torracinta, Pablo Garcia, Thierry Charollais, Roger Deneys, Françoise Schenk-Gottret, Laurence Fehlmann Rielle, Lydia Schneider Hausser et Régis de Battista modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal) (J 3 05) (*Subsides*)

Rapport de M. Patrick Saudan

Mesdames et
Messieurs les députés,

La commission des affaires sociales a examiné ce projet de loi lors des séances qui se sont tenues les 24 novembre, 1^{er} et 8 décembre 2009, 12, 19 et 26 janvier, 2 février, 2 mars et 29 avril 2010, date à laquelle l'étude du PL a été gelée. Son étude a été reprise les 10 juin, 28 octobre et 4 novembre 2014, date à laquelle l'étude du PL a été à nouveau gelée. Le gel a été reconfirmé en date du 14 mars 2017 et son étude finale a repris lors des séances des 13 septembre et 8 octobre 2019. Ces séances se sont déroulées successivement sous les présidences bienveillantes de M^{me} Mathilde Captyn, M. Jean-Charles Rielle, M. Serge Hiltpold et M^{me} Jocelyn Haller.

Le Conseil d'Etat était représenté tout d'abord par M. François Longchamp assisté par M. Marc Maugué, directeur adjoint du DGAS, M. Patrick Mazzaferri, directeur du service de l'assurance-maladie, puis par M. Mauro Poggia assisté par M. Jean-Christophe Breton, secrétaire général du DES, qui ont assisté régulièrement aux séances de la commission consacrées à l'étude de ce projet de loi. Les procès-verbaux ont été rédigés avec diligence par M^{mes} et MM. Angela Gonzalez, Tazio Dello Buono, Camille Chappuis, Christophe Vuilleumier, Grégoire Pfäeffli et Stefano Gorgone. Qu'ils en soient chaleureusement remerciés.

Séance du 24 novembre 2009 : présentation du PL 10547 par M^{me} Anne Emery-Torracinta

M^{me} Emery-Torracinta distribue un document (cf. annexe 1), actualisant certains chiffres de ce projet de loi, qui date de septembre 2009 alors que ni les moyennes des primes cantonales de 2010 ni les montants de subsides n'étaient connus. Elle expose l'objet de ce projet de loi qui s'intéresse à la question des subsides de l'assurance-maladie. Elle met en lumière le point de départ de la réflexion du groupe socialiste qu'est l'explosion des coûts de la santé, grevant de plus en plus les budgets des ménages. Elle attire l'attention de la commission sur la promesse faite par le Conseil fédéral lors du débat sur la LAMal dans les années 90. En effet, ce dernier avait annoncé qu'il appartiendrait aux collectivités publiques de verser un certain nombre de subsides aux assurés de conditions modestes ne pouvant pas payer leur assurance-maladie. Elle rappelle l'engagement pris vis-à-vis de la population assurant qu'aucun ménage n'aurait à consacrer plus de 8% de son revenu imposable aux frais de paiement des primes de l'assurance obligatoire des soins et que si le canton acceptait ce pourcentage, la différence sera alors restituée par la puissance publique. Elle constate, en s'appuyant notamment sur l'actualisation des chiffres de 2010, que malgré ces promesses, de nombreux ménages affectent beaucoup plus que 8% de leurs revenus imposables au paiement de leurs primes d'assurance-maladie. Elle appuie l'effort accompli par le canton qui tend à favoriser en 2010 les familles dont les jeunes sont en formation. Elle déplore cependant qu'aujourd'hui, une famille comptant deux enfants voit son revenu amputé de 13,76%, 14,67%, ou 13,8% par le paiement de l'assurance obligatoire, comme il est cité en page 5 du projet de loi. Elle souligne que ce type de famille ne bénéficie pas souvent d'une aide. Ce projet de loi vise, dès lors, à faire respecter les promesses des autorités fédérales faites au début des années 90 et à ce que les subsides soient ainsi versés aux gens de façon à ce qu'ils ne consacrent pas plus de 8% de leurs revenus imposables. Elle revient sur l'effort du Conseil d'Etat d'augmenter les subsides pour 2010 et rappelle que c'est le premier effort depuis 1998 et cite une hausse des primes d'assurance de 42% entre 1998 et 2010.

Un commissaire L exprime son désaccord quant à ce projet de loi. Selon lui, la comparaison établie entre les dépenses qu'un ménage consacre à l'alimentation, d'une part, et au paiement des primes d'assurance-maladie, d'autre part, est biaisée. Il souligne que la baisse des dépenses d'ordre alimentaire s'explique par l'augmentation des revenus de la population suisse et par le choix des individus. En effet, il constate que les gens cherchent à minimiser leurs dépenses alimentaires, afin de se permettre d'autres types de

dépenses, notamment en matière de loisirs. Il déclare que son opposition repose également sur le raisonnement de ce projet de loi consistant à établir un système d'arrosage dès qu'un certain pourcentage est dépassé. Il souhaite, par ailleurs, que les auteurs de ce texte répondent à cet argument. Il déplore que le projet de loi ne développe pas une logique d'exceptions ni n'explique si des demandes doivent être formulées pour bénéficier de ces subsides ou alors s'ils sont versés automatiquement ; raisons pour lesquelles ce projet de loi ne lui paraît pas raisonnable, sans mentionner les coûts qu'il engendrera. Il conclut son intervention par une question, à savoir : quel était le conseiller fédéral chargé de l'Intérieur dans les années en question ?

Un commissaire R soulève que ce projet de loi touche une problématique qui est avant tout fédérale. Il confirme que les prix de la santé handicapent les budgets des ménages. Il aborde l'initiative, que le parti socialiste va lancer, pour remettre la caisse unique sur le devant de la scène. Il considère que cette initiative sera la mère de toutes les batailles, car elle va changer fondamentalement la problématique discutée à présent, et se demande, dès lors, si le PL 10547 est vraiment opportun. Il mentionne le point mis en exergue par ce projet de loi qu'est l'effet de seuil. Il rappelle que ce problème est une question fédérale et ne va donc pas pouvoir être corrigé au niveau cantonal. Il s'adresse à M^{me} Emery-Torracinta et lui demande s'il ne faudrait pas attendre les résultats de cette votation fédérale, si l'initiative est lancée, car elle risque de bouleverser le système de financement de prévoyance de la santé.

M^{me} Emery-Torracinta souligne que le parti socialiste a toujours défendu un minimum d'équité et répond que la proposition faite n'est pas « d'arroser », car suivant le revenu, un certain groupe de la population va bénéficier des subsides et un autre pas. Elle imagine, par exemple, un revenu imposable d'une personne seule de 100 000 francs et calcule qu'elle ne devrait pas payer plus de 8000 francs d'assurance-maladie, somme calculée sur la prime moyenne cantonale, et conclut que se trouvant largement au-dessus des 5000 francs, elle ne recevrait pas de subsides. Elle avance que ce projet de loi va cibler probablement la classe moyenne. Elle affirme qu'actuellement les bénéficiaires touchant les subsides sont les gens de condition extrêmement modeste. Elle se réfère aux estimations faites en 2009 et déclare que 69 300 personnes sur le canton reçoivent ces aides, ce qu'elle considère comme peu par rapport à la population. Le PL 10547 est plus en faveur de la classe moyenne et confirme qu'il n'établit pas un système d'arrosage, car il cible un pourcentage par rapport au revenu.

Un commissaire UDC constate qu'aujourd'hui la classe moyenne est lourdement pénalisée par les primes d'assurance-maladie et il déclare que

c'est bien ce point que la commission cherche à pallier. Il rappelle que l'UDC a déposé une motion à cette fin. Il contredit les propos du commissaire PLR en affirmant que ce n'est pas une problématique fédérale. Il s'appuie, du reste, sur le rapport de la Commission de la sécurité sociale à Berne, déclarant que ladite commission ne voulait pas entrer, au niveau fédéral, dans le cadre de la politique cantonale en matière de politique sociale, après s'être penchée sur ce projet de loi déposé par le parti socialiste. Il soulève, dès lors, que la possibilité de régler ce problème social est laissée aux cantons, et cela par le biais de ces prestations qui peuvent être offertes et même étendues. Il considère la vision de l'arrosage comme fausse, car ce qui est demandé est la possibilité pour un plus grand nombre de personnes de bénéficier de ces allocations en s'appuyant sur des critères bien précis. Il est également d'avis que ce projet de loi s'adresse à la classe moyenne. Il précise que l'UDC se réfère, en revanche, dans sa motion au revenu net, car les propriétaires de logement y sont inclus. En effet, il relève que ces personnes, écartées par le projet de loi socialiste, ne peuvent bénéficier d'aucune subvention, alors qu'elles paient dans une même mesure un loyer. Il demande, par conséquent, à M^{me} Emery-Torracinta en quoi les locataires sont pris en compte dans le PL 10547.

Un commissaire R dénonce la contradiction contenue dans ce projet de loi qui incite les individus à souscrire à l'assurance-maladie la plus chère. Vu l'effet de seuil, il explique que les personnes étant à 7,5% vont rejoindre une caisse d'assurance-maladie plus chère, afin de dépasser les 8% et bénéficier ainsi des subsides. Il relève que ce taux de 8% est fixé de manière tout à fait arbitraire et n'apporte pas une solution définitive qui tienne compte de la progressivité des revenus des individus. Par ces explications, il insiste sur l'impossibilité de soutenir cette proposition.

Un commissaire L constate qu'il s'est fait mal comprendre quant à la politique d'arrosage qu'il dénonce. Il explicite que l'arrosage repose sur la détermination de l'octroi des subsides par rapport au revenu, étant donné que les subventions sont versées dès qu'une personne appartient à une classe de revenu déterminée, et cela de manière automatique. Il souligne que ce projet de loi n'avance aucune incitation à lutter contre l'augmentation des coûts des cotisations. Il souhaite, cependant, que la commission considère ce projet de loi comme l'occasion d'émettre certaines réflexions, portant notamment sur les facteurs de hausse des primes maladie, spécifiquement dans le canton, sur la contribution des acteurs du secteur de la santé à l'augmentation des coûts, les consommateurs d'une part, les prestataires de soins de l'autre, ainsi que sur le rôle des assurances-maladie.

La présidente s'adresse à la commission pour connaître d'éventuelles demandes d'auditions avant de procéder au vote de ce projet. Un commissaire MCG rappelle que ce projet de loi ne vise pas à juguler la hausse des coûts des primes maladie, mais à donner une bouffée d'oxygène à ces familles qui ne parviennent plus à payer leur assurance-maladie. Il constate qu'avec le système des primes variées et la possibilité de changer de caisse maladie chaque année, ce projet peut effectivement avoir un effet pervers en incitant des assurés calculateurs à souscrire à l'assurance-maladie la plus chère afin de toucher les subsides. Il propose, par conséquent, la formulation « [...] dont la prime cantonale la plus basse dépasse 8% des revenus de l'assuré », incitant ainsi les assurés à s'adresser à la caisse maladie la moins onéreuse. Selon lui, le système de la prime par tête est imparfait et il se demande s'il ne faut pas raisonner en termes de groupe familial, concubinage inclus, afin d'améliorer la subvention.

Un commissaire R revient sur l'intervention du commissaire UDC et relève que, bien que les subventions soient une problématique cantonale, elle est surtout fédérale, notamment par le biais de la mise en place de la LAMal, ses réformes, et le système de financement du système de santé. Il pointe le fait que les initiatives fédérales qui vont être lancées vont mettre à plat ce mode de financement et il se demande, par conséquent, si ce projet de loi est opportun. Il exprime également son souhait d'obtenir une estimation du coût de ce projet de loi.

Un commissaire Ve rappelle que, pour les Verts, la santé n'est pas un marché et il déplore que l'assurance-maladie soit soumise au raisonnement classique du marché. En effet, il explique que l'affluence de clients auprès de la caisse d'assurance la moins chère provoque une augmentation de ses primes. Il apporte, dès lors, son soutien au projet socialiste, qui tente d'être plus étatiste et de rétablir une certaine équité quant à la capacité de paiement. Il souligne que ce paiement représente la deuxième charge la plus conséquente pour un ménage genevois de classe moyenne, après le loyer. Il répond aux propos tenus par le commissaire PLR et affirme son désir d'arriver à pallier une problématique fédérale au niveau cantonale. Quant aux auditions, il souhaite que la commission invite l'office payeur au niveau cantonal, afin d'entendre son avis sur ce projet de loi.

Un commissaire R souhaite une audition du DES, afin qu'il expose le système des caisses maladie, sujet qu'il considère comme extrêmement complexe.

M. Maugué introduit M^{me} Anne-Marie Graf, adjointe de direction, qui s'occupe plus particulièrement des questions de l'assurance-maladie, et elle se présente. Il souhaite attirer l'attention de la commission, dans le cadre de

ce projet de loi, sur un certain nombre d'éléments chiffrés. Il relève que le service de l'assurance-maladie a mené une étude et est parvenu à la conclusion que ce taux de 8% représenterait 300 millions de subsides supplémentaires à verser dans le canton, en sus des 300 millions qui sont consacrés actuellement, ce qui amènerait donc le canton à verser environ 600 millions de subsides. Il mentionne que pour un groupe familial composé d'un couple et de deux enfants, le canton aiderait les personnes touchant un revenu mensuel jusqu'à hauteur de 13 450 francs, c'est-à-dire un revenu annuel de 161 400 francs. Il se demande, dès lors, s'il est question d'assurés de conditions économiquement modestes dans ce cas de figure et si l'aide doit être ciblée sur ces personnes. Il déclare cette question ouverte, tout en soulignant que des réponses doivent néanmoins être apportées. Il avertit que souscrire à un système de ce type amènerait le canton à verser un milliard de subsides d'ici quelques années, les salaires n'augmentant pas à la même vitesse que les primes d'assurance-maladie ; il faudra dès lors subventionner de plus en plus de personnes avec des montants qui seraient de plus en plus conséquents. Il soulève un autre point délicat qui tient dans le libellé du projet de loi. En effet, les auteurs du texte se réfèrent à un taux de 8% du revenu imposable et il souligne que toute la problématique repose sur le revenu qui sera déterminant pour bénéficier des subsides. Il soutient que ce système a des effets pervers, non seulement dans l'incitation à souscrire à une caisse maladie plus chère, afin de toucher les subsides, mais également dans le choix des franchises les plus basses, pour les mêmes raisons. Il se demande dès lors si ce projet de loi ne déséquilibrerait pas le système existant. Il relève qu'imposer comme référence la prime cantonale la plus basse rendra la mise en œuvre du projet difficile, sachant que la LAMal repose sur un système de concurrence. Tous ces éléments-là portent le DES à demander une modification ou une précision de ce projet de loi et invite la commission à en mesurer toutes les conséquences.

La présidente récapitule la volonté d'auditionner l'office payeur, le service de l'assurance-maladie, afin qu'il expose son avis quant à ce projet, tout en se référant aux travaux de la commission de la santé.

M^{me} Emery-Torracinta n'est pas particulièrement étonnée par la position du département. Elle rappelle que ce taux de 8% a été repris dans le message du Conseil fédéral et souligne que le parti socialiste est, en outre, ouvert à toute autre proposition. Elle déclare que la réflexion de départ de ce projet de loi repose sur l'urgence de mettre en place une solution pour des familles qui se trouvent à consacrer 16% de leur budget à ces primes d'assurance-maladie. Quant à la formulation de « revenu imposable » soulevé par M. Maugué, elle

avoue que ce terme a été choisi pour des raisons de formulation, sachant que les subsides sont déterminés en fonction du RDU.

Un commissaire L se demande si un vote d'entrée en matière ne doit pas être proposé avant que toutes ces questions ne soient posées. La présidente déclare que la pratique parlementaire veut que les auditions se fassent avant le vote d'entrée en matière.

Le commissaire L considère que voter l'entrée en matière avant les auditions est un gain de temps en cas de refus.

Un commissaire Ve relève que l'intérêt pour la minorité de ce genre de débat repose sur la possibilité de mener le débat et d'avoir un positionnement politique autour du sujet. Il considère que le sujet traité concerne réellement une très grande majorité des Genevois, touche une grande partie des familles, et mérite, dès lors, que la commission l'étudie. Il souligne également que les rapports de majorité et de minorité seront d'ailleurs mieux construits. Il rappelle, pour conclure, qu'avec la nouvelle configuration parlementaire, les lois présentées au parlement peuvent être votées, ce qui demande à la commission d'examiner en profondeur ce projet.

Un commissaire UDC considère que la commission est confrontée à une problématique qui dépasse largement un affrontement gauche-droite. Il rappelle qu'une grande partie de la population est de plus en plus pénalisée. Il revient, afin de pointer l'ampleur de ce problème, sur les dires de M. Maugué. En effet, il souligne que si la proposition socialiste est suivie, la participation de l'Etat sera doublée, allant jusqu'au versement d'un milliard de subsides, compte tenu de l'augmentation des primes d'assurance-maladie ces prochaines années. Ce cas de figure l'inquiète et il se demande comment les Genevois vont survivre, sachant que cet exposé de la situation à venir n'est pas déjanté. Il affirme qu'il est nécessaire de pouvoir garantir aux personnes des revenus qui ne seront pas ponctionnés en grande partie par le paiement de l'assurance-maladie, qui plus est en temps de crise. Il partage l'avis du commissaire Ve quant à un examen approfondi de la question qui préoccupe la moitié de la population résidente à Genève.

Un commissaire PDC souligne qu'avant l'adoption d'une loi fédérale pour une caisse unique dix ans vont s'écouler. Il constate que des solutions doivent être apportées avant. Il est d'avis qu'une audition doit être organisée, tout en mentionnant qu'une réflexion sur le type de revenu qui doit être pris en compte doit être menée.

Séance du 1^{er} décembre 2009 : audition de M. Mazzaferri, directeur du service de l'assurance-maladie, et de M. Maugué, directeur adjoint, direction générale de l'action sociale

La présidente introduit M. Mazzaferri et M. Maugué afin qu'ils présentent le système des subsides d'assurance-maladie et afin d'ouvrir ainsi la discussion sur la question portant sur les subsides et le PL 10547.

M. Mazzaferri en tant que représentant de l'organe payeur, le SAM, expose, dans un premier temps, le système des subsides et son fonctionnement et, dans un second temps, aborde les impacts que pourrait avoir le PL 10547 sur les éléments présentés.

M. Mazzaferri explique que le système de distribution des subsides se divise en quatre parties. Dans le budget, deux lignes y sont consacrées. La première concerne les situations directement liées aux subsides, regroupées en trois catégories : les subsides ordinaires, les subsides extraordinaires et les subsides versés aux bénéficiaires de l'aide sociale. La deuxième ligne s'attache à la quatrième partie, celle qui touche les personnes déclarées insolvables par l'office des poursuites. Il développe ses propos en indiquant que les subsides ordinaires s'élèvent à 80, 60 ou 30 francs et sont distribués en fonction des revenus ; les subsides extraordinaires sont, eux, accordés aux bénéficiaires de prestations complémentaires et couvrent la prime à 100%. Quant aux subsides versés aux bénéficiaires de l'aide sociale (Hospice général), ils couvrent également, pour la plupart, la prime à 100%. Il ajoute que pour ces deux derniers cas, les subsides sont plafonnés à la prime moyenne cantonale. Concernant la quatrième catégorie, il précise qu'il s'agit des montants payés par le service de l'assurance-maladie pour les personnes déclarées insolvables. Il indique que ces quatre catégories de subsides sont budgétées à hauteur de 286 millions de francs, la participation de la Confédération se chiffrant à hauteur de 105 millions de francs. Il poursuit en précisant que les subsides ordinaires sont déterminés en fonction du RDU, revenu déterminant unique, depuis l'adoption de la loi sur le revenu déterminant unifié, en 2006. Il explique que l'administration fiscale établit les taxations et transmet ensuite les informations au service du RDU, qui est un système informatique. A cette étape, les données qui composent la taxation sont reprises par ce système et d'après les calculs, selon la recette décrite dans la loi sur le revenu déterminant unifié, le RDU est dressé. Les subsides, répartis en trois groupes (A = 80 francs, B = 60 francs, C = 30 francs), sont calculés automatiquement sur la base de ce RDU. Il informe que les personnes concernées par ce type de subsides touchent également 100 francs, ou le montant à hauteur de la prime, pour leurs enfants. Il informe qu'un nouveau système a été mis en place depuis cette année ; il s'agit de trois

nouveaux paliers, D1, D2 et D3, qui représentent les subsides versés uniquement pour les enfants. Il ajoute que ces trois nouvelles catégories de subsides se calculent au-delà du barème qui a prévalu depuis le début du système des subsides à Genève, aux fins d'atténuer l'effet de seuil. Il précise donc que les personnes ayant des enfants, et tombant dans cette catégorie, vont bénéficier d'un subside de 100 francs, pour le palier D1, 75 francs, pour le palier D2 et 50 francs, pour le palier D3. Il ajoute que la LAMal prévoit que pour les enfants et les jeunes adultes (19-25 ans), les subsides doivent couvrir automatiquement la moitié de la prime.

Dans ce dernier cas de figure, les subsides s'élèvent à 174 francs pour l'année courante et à 188 francs pour l'année prochaine. Il explicite que les jeunes adultes n'obtiennent pas les subsides automatiquement, ils doivent en faire la demande au service de l'assurance-maladie, qui déterminera si, selon le règlement d'application, un subside sera accordé ou non.

Un commissaire R souhaite connaître la manière dont est calculée la part provenant de la Confédération (105 millions) sur les 286 millions versés par le canton sur les 286 millions.

M. Mazzaferri avoue que le calcul de la part versée par la Confédération est très compliqué à expliquer, car cette part est déterminée sur la base d'une grande équation, contenue dans l'ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie. Il ajoute, en outre, que ce calcul est effectué chaque année et dépend, notamment, du montant de la prime moyenne cantonale et du nombre de la population genevoise. Il confirme que ce calcul, déterminé par l'Office fédéral de la santé publique, est très complexe.

Le commissaire R se demande si l'aide de Berne peut être qualifiée comme une sorte de péréquation afin d'atténuer le montant très élevé des primes à Genève.

M. Mazzaferri lui répond que ce sont les coûts de la santé, et non le montant des primes, qui déterminent l'enveloppe attribuée par la Confédération.

Un commissaire MCG rappelle que le SAM s'occupe également de régler les actes de défaut de biens. Concernant cette question, il souhaite qu'une précision lui soit apportée, à savoir si le SAM se substitue en tant que créancier à la compagnie d'assurance-maladie, après avoir réglé un acte de défaut de biens.

M. Mazzaferri confirme qu'une fois l'acte de défaut de biens « racheté » à l'assurance-maladie, il est transmis à l'administration fiscale qui exerce, dès lors, l'action récursoire.

Le commissaire MCG commente que l'assureur ne fait plus valoir ses droits à ce moment-là, sa créance s'éteignant par ce procédé.

M. Mazzaferri acquiesce en affirmant que la créance de l'assureur s'éteint.

Un commissaire UDC se demande dans laquelle des quatre catégories présentées se trouvent les subsides des jeunes adultes.

M. Mazzaferri explique que les jeunes adultes touchent un subside à partir du moment où ils entrent dans les catégories de revenus A, B ou C. Il précise que, dès l'année prochaine, si le jeune adulte réside chez ses parents, son RDU sera cumulé à celui des parents. Suite à cette opération, il touchera également un subside de 188 francs s'il entre dans les colonnes A, B, C, D1, D2 ou D3.

Le commissaire UDC répète que le revenu du jeune adulte sera donc additionné à celui de ses parents pour la seule raison qu'il réside chez ses parents.

Un commissaire Ve commente que ce procédé pousse à mettre ses enfants à la porte.

Une commissaire S souhaite soumettre à vérification le chiffre de 62 300 personnes touchant un subside cette année, à Genève. Elle désire également connaître si des estimations de cet ordre sont effectuées pour l'année prochaine.

M. Mazzaferri assure que ce genre de chiffrage est difficilement précis, sachant qu'une seule personne peut toucher plusieurs subsides dans l'année, raison pour laquelle il préfère parler en nombre de subsides. Il précise que, l'année prochaine, seront versés entre 60 000 et 65 000 subsides ordinaires. A cela s'ajoutent 25 000 subsides spéciaux (bénéficiaires de prestations complémentaires) et 15 000 subsides versés pour les bénéficiaires de l'aide sociale. Il avance donc que les prévisions pour l'année prochaine chiffrent à hauteur de 100 000-105 000 les personnes qui seront subsidiées.

La commissaire S s'interroge sur l'existence d'une estimation faite par le département faisant état du nombre de personnes qui seraient subsidiées si le PL 10547 était adopté. Elle souhaite, dès lors, obtenir ce genre d'estimation, afin qu'un débat politique sur la question des chiffres puisse être ouvert.

La présidente rappelle que la deuxième partie de l'audition s'attachera à la question des impacts que pourrait susciter ce projet de loi.

Un commissaire PDC se demande de quel élément dépend la durée du subside. Il souhaite également connaître le temps nécessaire, en moyenne,

entre le moment où l'acte de défaut de bien est délivré et le moment où la procédure d'attribution d'argent s'accomplit.

M. Mazzaferri répond que les subsides sont accordés du 1^{er} janvier au 31 décembre, pour autant que la personne réside à Genève. Il précise qu'ils ne sont accordés que sur la base des avis de taxation des deux années antérieures (système M-2). Concernant les actes de défaut de biens, il estime qu'une année peut s'écouler entre le moment où un individu est mis aux poursuites par l'assureur et le moment où l'acte de défaut de bien parvient au SAM.

Un commissaire PDC le questionne sur les raisons qui expliquent qu'autant de temps soit nécessaire.

M. Mazzaferri soulève que plusieurs facteurs sont à l'origine de cela. Il en mentionne certains, comme l'obligation faite aux assurances de mettre aux poursuites tous les trois mois. Il explique que pour une prime non payée du mois de janvier, par exemple, la poursuite ne sera envoyée qu'au mois d'avril. Il ajoute que plusieurs étapes doivent être accomplies, comme tout d'abord l'établissement du document des poursuites et l'envoi de ce dernier à la caisse maladie, qui dispose de plusieurs mois pour l'envoyer au SAM. Une fois la poursuite arrivée au SAM, elle est traitée par le service chargé de l'enregistrement de ce type de documents. Là, le délai de traitement est d'une année. Il précise que, cette année, 50 000 actes de défaut de biens ont été transmis au SAM, ce qui explique en partie ledit délai.

Le commissaire PDC se dit perturbé par ce circuit administratif et souhaite savoir si dans les autres cantons la procédure est si longue, ou s'il s'agit d'une particularité genevoise.

M. Mazzaferri soulève que le problème particulier à Genève est le montant élevé des primes d'assurance-maladie, ayant pour effet un nombre plus conséquent de personnes mises aux poursuites dans ce canton. Il ajoute d'ailleurs que Genève est certainement le canton qui connaît le plus grand nombre de poursuites pour non-paiement. Il rapporte qu'afin de rendre le traitement des poursuites plus rapide, des conventions ont été établies, pour une certaine partie de la population, par Genève, ainsi que par d'autres cantons.

Un commissaire UDC constate, suite aux chiffres avancés, que Genève connaît un réel problème quant à l'assurance-maladie et son financement. Il se demande, dès lors, si le SAM a réalisé des projections établissant la situation dans les années à venir, au vu de l'augmentation de primes, par exemple. Il revient au projet de loi, où il est question d'un taux de 8%, et se demande à quel pourcentage ces subsides ordinaires ramènent le taux

consacré au paiement de l'assurance-maladie, sa question étant de savoir si les subsides de 80, 60 et 30 francs octroyés pallient réellement ce problème crucial.

M. Mazzaferri rapporte qu'en ce qui concerne les assurés sociaux, la prime est subventionnée à hauteur de 100%. En revanche, il reconnaît que, suivant le barème, certaines familles subsidiées consacrent tout de même plus de 8% de leurs revenus au paiement des primes de l'assurance-maladie. Quant aux projections réalisées par le SAM, il rappelle qu'elles sont obligatoires, afin de prévoir le budget des années prochaines et de faire face ainsi aux augmentations de primes et aux obligations légales et fédérales. Il avance que, pour 2012, le SAM prévoit environ 350 millions au budget consacré aux versements de subsides.

Le commissaire UDC s'interroge sur une éventuelle augmentation du nombre de personnes ayant besoin de subsides.

M. Mazzaferri indique que l'Hospice général projette une augmentation du nombre de ses bénéficiaires en conséquence à la crise économique. Il souligne également qu'il va falloir faire face au vieillissement de la population, qui va non seulement provoquer une augmentation du nombre d'utilisateurs au service des prestations complémentaires, mais qui va également avoir un effet important sur les primes. Il estime qu'effectivement une augmentation des personnes subsidiées est certaine.

Le commissaire UDC constate que le plafond du revenu, par rapport aux subsides, va augmenter, les cotisations d'assurance également, et il souhaiterait, dès lors, qu'une estimation chiffrée de la situation pour les cinq prochaines années soit dressée, afin d'avoir un point de vue sur l'évolution de la problématique, sachant que les personnes se situant au-dessus de ce plafond consacrent environ 17% de leur revenu aux paiements des primes et vont donc se retrouver dans des situations très critiques, au vu des augmentations annoncées.

M. Mazzaferri affirme que ce point est une préoccupation à laquelle le SAM s'est efforcé de répondre durant les années précédentes. Il mentionne que l'augmentation des versements de subsides aux jeunes adultes, de l'ordre de 7,6%, ou encore les subsides accordés qu'aux enfants sont des mesures mises en place pour faire face à cette inquiétude.

Le commissaire MCG considère les chiffres avancés comme très sélectifs.

M. Maugué intervient afin d'établir que la problématique principale est la maîtrise des coûts et il estime qu'une augmentation des subsides versés n'est qu'une manière de poser un emplâtre sur une jambe de bois, provoquant avant tout une augmentation annuelle des montants versés, de l'ordre de

dizaines de millions de francs. Il relève que la LAMal parle d'assurés de condition économique modeste et que, suivant les cantons, les appréciations sont différentes. Il revient à ce taux de 8% et insiste sur l'inactualité de cette référence, compte tenu des nombreux développements apportés au système des soins depuis les années 90, notamment le paiement de la moitié de la prime d'un enfant, rendant de ce fait inapplicable un système de pourcentage pourtant établi par la LAMal. Il soutient que la question des subsides relève d'une décision politique prise en fonction d'une problématique de non-maîtrise des coûts de la santé, à savoir quel est un assuré de condition modeste et quel budget doit être consacré pour aider ces personnes et les familles.

Un commissaire L s'adresse à M. Maugué et lui exprime son souhait d'obtenir la liste des dépenses par politique sociale, afin de formuler un certain nombre d'amendements visant à approuver des compensations dans d'autres politiques sociales, dans l'hypothèse où l'entrée en matière de ce projet de loi est acceptée.

Un commissaire MCG rappelle que, suite à une saisie d'une personne n'ayant pas payé ses primes, le minimum vital est calculé en tenant compte des primes d'assurance-maladie courantes et il souligne que les assureurs-maladie attribuent, cependant, les paiements effectués aux arriérés de prime et relève que, dès lors, une personne n'est jamais à jour, les primes courantes n'étant ainsi pas payées. Il avance que si les paiements des primes courantes étaient réellement attribués aux primes courantes, la situation de ladite personne pourrait être assainie lors de la délivrance d'un acte de défaut de biens qui permettrait d'épurer les arriérés et il se demande si cette question a été examinée.

M. Mazzaferri répond que lorsqu'un assuré ne paie pas ses primes, l'assurance suspend ses prestations. Il indique que toutes les possibilités pour contourner la loi fédérale ont été envisagées, mais la seule solution trouvée à l'heure actuelle est de passer une convention avec les assureurs. Une convention avait été passée avec les assureurs qui représentaient 85% de la population, et l'un d'eux, un groupe valaisan, s'est retiré de la convention, ramenant le taux de couverture à 45%. Il ajoute que dans l'ordonnance qui accompagne la LAMal, l'art. 100 demande à ce que les prestations soient libérées, pour la période que représente la créance, lorsque le canton paie ladite créance. Il déplore, cependant, que les assureurs n'appliquent pas ce principe. Il ajoute que le SAM s'est alors adressé à l'Office fédéral de la santé pour que ce dernier prenne position par rapport à ce point-là, mais une réponse est toujours attendue. Il précise que son service s'est intéressé à

connaître l'opinion des assureurs concernant ladite disposition et rapporte que ces derniers contredisent cette interprétation de l'art. 100.

Une commissaire S se demande si une augmentation du nombre d'actes de défaut de biens délivrés pour non-paiement des primes est constatée par le SAM.

M. Mazzaferri informe que, depuis les années 2000, le SAM est passé de 10 à 12 millions de francs couvrant les dépenses relatives aux actes de défaut de biens et chiffre celles-ci à 35 millions pour cette année.

La commissaire S souhaite savoir si les éventuelles hypothèques d'un assuré sont prises en compte lors du calcul de son RDU.

M. Mazzaferri lui assure que le RDU va effectivement prendre en considération l'hypothèque et va la déduire du calcul. Il précise, néanmoins, que, concernant l'attribution de subsides, une loi propre au SAM demande à ce qu'un autre calcul, plus sévère, soit appliqué, dès qu'il est question de plus de 250 000 francs de fortune brute ou de plus de 150 000 francs de revenu brut par année.

La commissaire S se questionne sur le système M-2, instaurant cette référence aux RDU de deux années antérieures pour l'octroi d'un subside. Elle estime que ce procédé plonge les jeunes adultes en études dans une situation délicate, s'ils doivent attendre ces deux ans pour recevoir une aide.

M. Mazzaferri commente que le système M-2 est employé pour une question de simplification des calculs. Il revient sur l'exemple des jeunes adultes et indique qu'une disposition légale permet à une personne, subissant un important changement de situation, familiale ou économique, de s'adresser au SAM, afin que ce service prenne en compte ces nouvelles données et détermine le subside sur la base de ce nouveau calcul.

Un commissaire MCG évoque la situation d'un individu qui est en rupture de paiement. Il énumère la suite logique de ce qui l'attend, à savoir qu'il ne sera donc plus couvert, les franchises ne seront pas payées et, par conséquent, les factures des médecins ne seront pas remboursées par l'assurance ; cet individu se retrouvera ainsi à l'office des poursuites. Il estime que le système doit être simplifié, afin notamment de réduire les émissions de poursuites, car ces dernières génèrent des frais conséquents.

M. Mazzaferri souligne que le SAM prend en charge les primes, les franchises, la quote-part, les intérêts moratoires, ainsi que les frais de poursuite, une fois que l'acte de défaut de bien est dressé.

Un commissaire L considère que la pondération de ce taux de 8%, en cas d'acceptation du projet de loi, est de l'ordre de l'impossible, le système de

l'assurance-maladie reposant sur différentes primes, franchises et caisses. Il craint, dès lors, que cela incite les assurés à jongler entre les caisses maladie afin de bénéficier des subsides.

M. Maugué acquiesce et ajoute que l'élément de la concurrence sera également difficile à appréhender en cas d'acceptation du projet. Il s'adresse aux députés et leur rappelle, en outre, que la question fondamentale est de savoir s'ils sont disposés à adopter un projet de loi qui les liera, de manière définitive, avec l'augmentation des primes d'assurance-maladie, et par conséquent, à consacrer un budget toujours plus élevé à la question des subsides. Il souligne que, d'après certaines projections tenant compte de la progression des salaires et des primes d'assurance-maladie, il sera de l'ordre de 2 milliards. Il soutient, en outre, que de vrais problèmes se poseront quant au respect de la LAMal et il considère, dès lors, que ce projet de loi est impossible à appliquer.

Une commissaire Ve revient sur l'exemple d'un jeune qui quitte sa famille et s'installe dans un appartement et se demande s'il doit attendre deux ans avant d'adresser une demande de subsides au SAM.

M. Mazzaferri lui répond que ce jeune en question à la possibilité de se présenter au SAM, afin de faire valoir sa situation ; le SAM calculera, sur la base de ces nouvelles données, le RDU de cette personne et déterminera, selon les barèmes existants, l'octroi d'un subside. Il ajoute que si un octroi est accordé, il le sera pour l'année en question, le jeune n'ayant pas à attendre ainsi deux années.

Un commissaire UDC demande aux représentants du département quelles solutions ils envisagent, sachant que l'aide au financement des primes pourrait atteindre les milliards. S'appuyant sur les projections avancées et les augmentations certaines du montant des primes, il s'inquiète de voir que les personnes à revenu moyen seront également dans l'impossibilité de couvrir leurs primes. Concernant les factures réglées par le SAM, il souhaite savoir si ce service prend en compte l'argent reçu, par les personnes concernées, pour payer les factures de médecins.

M. Maugué rappelle que la maîtrise des coûts est un levier en mains fédérales. Il souligne, en outre, quant à la question des subsides, qu'un lien doit être gardé entre la capacité du canton à verser ces subsides et ses entrées fiscales, ainsi que les autres politiques publiques qu'il doit mener. Il considère que ce projet de loi revient à signer un blanc-seing sur une répercussion automatique qui peut mener à des déséquilibres patents. Il souhaite, sans nier la problématique des assurés de condition modeste, qu'un tel projet de loi peut amener, à terme, à des situations extrêmement difficiles.

Un commissaire UDC précise sa question et demande si le SAM reprend les factures des personnes aidées qui auraient dû être, par le biais du versement, déjà payées.

M. Mazzaferri précise que les factures de médicaments sont remboursées directement à la pharmacie par l'assurance-maladie. Il indique, en revanche, que les factures de médecin sont à la charge du patient. Il souligne, en outre, que les suspensions d'assurance-maladie posent un problème énorme aux prestataires de soins du canton. Il illustre le cas des HUG qui a dû ouvrir une cellule d'urgence pour les personnes frappées d'une suspension d'assurance.

Une commissaire S rappelle que ce taux de 8% se basait sur les considérations des années 90, mais il est d'avis que des estimations devraient être menées afin de fixer un taux plus adéquat à la situation actuelle. Elle souligne que cette proposition vise à apporter une solution, certes à court terme, mais il lui semble urgent d'agir, sachant qu'une famille touchant un revenu de 59 001 francs consacre tout de même 16,9% de son revenu au paiement des primes d'assurance-maladie.

M. Maugué affirme que ces chiffres pourront être avancés et qu'effectivement une estimation d'un taux de 10%, 12% ou 15% pourrait être menée.

Un commissaire L se dit étonné par cette demande, car le projet de loi fixe bien ce taux à 8% et il considère, dès lors, que ce taux ne peut être modifié.

Un commissaire MCG souhaite obtenir, de la part du département, le montant des coûts indirects générés par les frais de poursuite, les intérêts moratoires et autres, afin de connaître quelle part des dépenses du service cela représente.

Un commissaire R propose au département de s'intéresser aux politiques de subsides menées dans les cantons de Vaud et de Bâle, afin de connaître d'autres approches pouvant aider à recadrer la politique genevoise des subsides.

Un commissaire MCG propose de fixer le critère de ce taux par rapport au maximum de la moyenne de la prime cantonale.

M. Maugué imagine que cette précision introduit une distorsion, en termes de concurrence, qui amènerait immédiatement un recours des assureurs-maladie. Il propose de présenter les dispositions légales de la LAMal qui lui semble problématique en cas d'application de ce taux de 8%.

Séance du 8 décembre 2009 : suite des travaux et débats de la commission

La présidente ouvre la discussion concernant le PL 10547 et informe les commissaires de l'envoi de la M 1916 (motion UDC traitant du même sujet) à la commission des affaires sociales. Elle propose, dès lors, d'inscrire ladite motion à l'ordre du jour de la prochaine séance. Elle indique que M. Maugué et M. Mazzaferri sont présents en ce jour, afin d'apporter les réponses aux questions posées lors de la dernière séance ainsi qu'à d'éventuelles nouvelles interrogations sur le sujet.

M. Longchamp propose que M. Maugué et M. Mazzaferri répondent aux questions évoquées lors de la dernière séance, notamment concernant les éléments de comparaison avec les cantons de Vaud et de Bâle-Ville, souhaités par les députés, ainsi que la planification budgétaire rattachée à la problématique discutée. Il indique cependant que ladite planification n'est que provisoire, sachant que son ampleur sera déterminée dans le cadre du plan financier quadriennal. Il précise que cette tâche de planification reste néanmoins extrêmement difficile à mener, les éléments de nature fédérale ne pouvant être maîtrisés par le canton. Il suggère donc que ses deux collaborateurs abordent, dans un premier temps, les questions posées, et que, dans un second temps, le département exprime son sentiment par rapport à la suite.

M. Maugué soulève la première question posée concernant les montants accordés, au budget 2010, en termes de programme dans le domaine de la politique sociale. Il relève que le programme axé à l'assurance-maladie est le plus « onéreux » dans la vision de la politique publique avec 326 millions de francs. Il précise que ce montant ne recouvre pas uniquement les subsides versés par le SAM, mais également d'autres éléments qui concourent à la gestion de la politique dans le domaine de l'accès à l'assurance-maladie. Il indique que s'ensuit, avec 309 millions de francs, le soutien financier individuel aux personnes âgées, précisant qu'il s'agit principalement des prestations complémentaires ; vient ensuite, avec 247 millions, la mise en œuvre et conduite des actions en faveur des personnes dans le besoin, regroupant plusieurs acceptions ; puis, 115 millions sont consacrés pour d'autres éléments de politique sociale. Il ajoute que ces chiffres apparaissent sur les documents officiels. Il rappelle que la deuxième question portait sur le montant total des subsides accordés par le SAM pour chaque classe de revenus (les subsidiés des catégories A, B, et C). Il cède, dès lors, la parole à son collègue, M. Mazzaferri.

M. Mazzaferri rappelle à la commission que le système des subsides ordinaires se découpe en plusieurs catégories. Il expose ce découpage et

indique pour chacune des catégories le montant versé par le SAM en matière de subsides.

Année 2008 :

| Catégorie de subsides | Montants versés par le SAM |
|---|----------------------------|
| A | 9 939 000 francs |
| B | 10 700 000 francs |
| C | 6 500 000 francs |
| E (enfants touchant 100 francs de subsides) | 22 000 000 francs |
| Jeunes adultes | 4 656 000 francs |
| Bénéficiaires de prestations complémentaires | 116 500 000 francs |
| Bénéficiaires de l'aide sociale | 42 687 000 francs |

M. Mazzaferri indique également à la commission les prévisions pour l'année 2009 :

| Catégorie de subsides | Montants versés par le SAM |
|---|----------------------------|
| A | 4 100 000 francs |
| B | 10 350 000 francs |
| C | 6 350 000 francs |
| E (enfants touchant 100 francs de subsides) | 20 800 000 francs |
| D1 (100 francs de subsides pour les enfants) | 2 700 000 francs |
| D2 (75 francs de subsides pour les enfants) | 1 900 000 francs |
| D3 (50 francs de subsides pour les enfants) | 1 200 000 francs |
| Jeunes adultes | 4 950 000 francs |
| Bénéficiaires de prestations complémentaires | 116 250 000 francs |
| Bénéficiaires de l'aide sociale | 43 300 000 francs |

Un commissaire L demande que les documents cités soient annexés au présent procès-verbal.

M. Mangué poursuit avec la troisième question s'attachant à l'évolution probable des primes. Il explique aux députés que pour répondre à cet exercice difficile, il a été procédé à une extrapolation des tendances, pouvant être

déduites des séries historiques, basée sur une augmentation des primes de l'ordre de 5%. Il révèle que ces pronostics établissent une augmentation de 15 millions de francs par année. Il précise que ladite augmentation se traduit par une prise en charge plus conséquente des subsides sociaux, les subsides ordinaires restant, quant à eux, les mêmes. Il indique, en conclusion, qu'à l'horizon de l'année 2013, un montant de 345 millions de francs sera consacré au versement des subsides. Concernant la simulation de l'impact du projet de loi à un taux fixé à 10% ou à 12%, il cède la parole à M. Mazzaferri.

M. Mazzaferri indique que les simulations ont été effectuées sur la base de l'année fiscale 2007. Il expose, suivant le taux auquel est fixée la barre, la dépense faite et le nombre de personnes subsidiées.

| taux | dépenses | Personnes touchant un subside |
|------|-------------|-------------------------------|
| 8% | 533 000 000 | 262 000 |
| 10% | 409 000 000 | 214 000 |
| 12% | 324 000 000 | 172 000 |
| 15% | 245 000 000 | 122 000 |

La présidente propose d'ouvrir un premier volet de questions se rapportant à ce qui vient d'être exposé par M. Maugué et M. Mazzaferri. Elle affirme que les informations communiquées par ces derniers seront annexées au présent procès-verbal.

M. Mazzaferri ajoute que les simulations effectuées sont très difficiles à établir, car les chiffres communiqués par l'administration fiscale ne mentionnent pas les personnes qui sont bénéficiaires de prestations complémentaires et de l'aide sociale, ni l'âge des personnes concernées. Il explique, dès lors, qu'il est impossible de simuler combien va coûter la rubrique des 19-25 ans, par exemple. Il attire ainsi l'attention des commissaires sur l'estimation présentée et les invite à la considérer avec prudence.

Une commissaire S se demande si les derniers chiffres avancés représentent la dépense totale du canton en termes de subsides versés.

M. Mazzaferri acquiesce.

La commissaire S constate que, selon le taux fixé, la dépense diminue, et se demande si placer la barre à 15% signifie que le nombre de bénéficiaires de subsides diminuerait.

M. Mazzaferri acquiesce.

La commissaire S souhaite également savoir si les chiffres avancés concernent uniquement les subsides ordinaires ou si les prestations de l'aide sociale et prestations complémentaires sont également incluses.

M. Mazzaferri répond qu'il n'a pas la possibilité de déterminer ce genre de données d'après les chiffres transmis par l'administration fiscale, raison pour laquelle il est parti du principe que les subsides n'étaient pas donnés aux bénéficiaires de l'Hospice général et du SPC, toutes ces personnes étant considérées comme ayant droit à un subside à partir du moment où leur revenu ne dépasse pas les 8%.

Une commissaire S fait la remarque que les personnes mentionnées ne paient rien actuellement puisque leurs primes sont prises totalement en charge.

M. Maugué indique qu'il peut en résulter un léger surcoût possible, tout en précisant que pour procéder à cette simulation, cette population ne pouvait être extraite. Il rappelle dès lors que l'application du modèle s'est faite sur l'ensemble de la population, d'où la mise en garde de M. Mazzaferri.

Une commissaire S se réfère aux chiffres exposés concernant le coût des subsides ordinaires et constate que le montant consacré est relativement minime en comparaison à l'ensemble de ce qui est accordé pour le programme assurance-maladie, les aides sociales et prestations complémentaires se voyant octroyer les plus grosses parts du budget.

M. Longchamp précise que les subsides irrécouvrables et les subsides sociaux (Hospice général et prestations complémentaires) consacrent l'écrasante majorité des budgets mis à disposition. Il ajoute que ce phénomène va même quasiment en s'accroissant.

La commissaire S relève que les subsides ordinaires ne sont pas destinés aux personnes qui travaillent.

M. Longchamp répond que sont aidées les personnes considérées comme étant le plus dans le besoin. Il rappelle que la priorité sociale de cette législature ce sont les familles qui travaillent, à savoir les familles modestes, monoparentales ou traditionnelles, avec enfants.

Une commissaire S revient aux chiffres présentés précédemment. Elle constate que les chiffres de 2008 sont plus élevés que ceux de 2009 et il se demande, dès lors, qu'elle en est la raison.

M. Mazzaferri soutient que ce constat se vérifie pour la catégorie A, passant de 9 millions, en 2008, à 4,100 millions de francs en 2009. Il explique que cette diminution est due notamment à une loi concernant le revenu plancher, adoptée en 2008 et entrée en vigueur début 2009. Il rappelle

que cette loi veut que toutes les personnes touchant un revenu inférieur à 15 000 francs n'obtiennent pas automatiquement le subsidie. En effet, il relève que le postulat de départ est qu'un individu gagnant moins de 15 000 francs à l'année est une personne qui a des revenus suffisants. En effet, il avait été constaté qu'il s'agissait, dans la majorité des cas, de personnes aidées par la famille ou de mères vivant en concubinage et dont le concubin touchait des revenus importants qui leur permettaient de ne pas nécessiter de subsides. Il informe que cette modification a permis de dégager une certaine somme, de créer ainsi les catégories de subsides D1, D2 et D3 et de mieux distribuer l'argent à disposition.

M. Longchamp rappelle que ce projet de loi avait été débattu au sein de cette commission et accepté à l'unanimité. Il indique que ce fut un défi pour l'administration, car elle devait changer un système simple en un système plus ciblé.

La commissaire S souhaite avoir la confirmation qu'après un an de sa mise en place, ce changement fonctionne.

M. Longchamp répète que ce fut un gros défi pour l'administration. Il lui affirme que si elle s'adresse à M. Mazzaferri afin de savoir si ce procédé est d'une application plus simple, ce dernier répondra par la négative. Néanmoins, si la question est de savoir si le système est plus juste la réponse sera positive.

Un commissaire L récapitule les informations communiquées à la commission. Il répète qu'actuellement le montant des dépenses pour l'assurance-maladie s'élève à 326 millions de francs et que celles-ci concernent 100 000 personnes, alors que si l'entrée en matière du PL 10547 à hauteur de 12% du montant du revenu imposable était envisagée, la dépense se compterait à hauteur de 324 millions et 172 000 personnes seraient impliquées. Il constate, dès lors, qu'il y aurait stabilité des dépenses, avec une diminution des montants reçus par les uns pour les distribuer aux autres, sachant que 72 000 personnes seront nouvellement subsidiées. Il souhaite, par conséquent, que, dans les tableaux qui seront remis aux commissaires, il apparaisse non seulement les quatre catégories initialement présentées, mais également celles ajoutées, ainsi que ce qu'il en est des catégories ciblées par opposition au système non discriminant et uniquement basé sur le revenu, logique du PL socialiste. Il se dit prêt, à équivalence des dépenses, à entrer en matière sur ce PL. Il indique, néanmoins, à titre personnel, et dans une optique libérale, qu'il soutient de préférence une dépense ciblée pour les personnes qui sont le plus dans le besoin.

M. Longchamp précise que l'obligation fédérale de prendre en charge la totalité de la cotisation de l'assurance-maladie pour les personnes bénéficiaires des prestations complémentaires doit être remplie. Il rappelle que cela constitue un puissant effet de seuil, fédéral, pour bon nombre de gens. Il soutient que le modèle proposé par le PL socialiste ne permettra pas de respecter cette obligation fédérale et il faudra, dès lors, instituer un double calcul. Il réaffirme que cette obligation fédérale ne pourra pas être contournée, quel que soit le contenu de la loi que les députés seront amenés à voter.

Un commissaire L relève qu'il est, dès lors, important d'avoir, d'une part, le tableau de la logique simple du PL socialiste et, d'autre part, l'ensemble des dispositions actuelles, avec les différents échelons, ceux obligatoires et donc imposés, et ceux évitables, pouvant être contournés par la législature cantonale, étant entendu que ce qui est donné aux uns sera enlevé aux autres, d'une façon ou d'une autre dans le système actuellement disponible, à moins de prévoir une hausse d'impôts, une chance qu'il laisse aux auteurs du projet de loi face à la volonté du peuple.

M. Longchamp soulève que les chiffres seront présentés, dès lors, dans une autre logique. Il commente que, dans un premier temps, les éléments incontournables et obligatoires vont être listés, les prestations complémentaires, d'une part, étant une obligation fédérale, les irrécouvrables, d'autre part, une obligation fédérale également ; dans un deuxième temps, il sera question de tout ce qui relève du peu de latitude qui reste au gouvernement cantonal, à savoir les subsides ordinaires. Il précise que ces informations seront apportées grâce à des simulations établies par le biais de méthodes présentées par M. Mazzaferrri, car il est difficile d'obtenir plus de détails sur la base fiscale indiquée.

Un commissaire L souhaite qu'une simulation soit établie, afin de relever les conséquences de l'adoption de la logique du PL 10547, pour que, compte tenu des obligations fédérales, les dépenses restent constantes.

Un commissaire MCG se demande comment est calculée la participation de la Confédération aux subsides de l'assurance-maladie.

M. Longchamp rappelle que cette explication a été apportée la semaine précédente. Il lui remémore que cette participation se calcule sur la base d'une équation extrêmement compliquée $[(7,5\% \times \text{la part fédérale des trois dernières années}) \times \text{la prime moyenne suisse} \times 12 \times \text{le nb d'assurés de l'année en cours} / 3]$. Il relève que l'élément de la prime moyenne suisse figurant dans ladite équation est légèrement en défaveur des cantons les plus coûteux, qui ont des primes moyennes cantonales plus élevées.

Un commissaire MCG répète que cette part fédérale correspond actuellement à 105 millions de francs sur les 286 millions consacrés aux subsides de l'assurance-maladie et demande si la part de la Confédération doit être déduite des projections faites quant aux taux fixés à 12% et 15%.

M. Mazzaferri répond que, concernant les montants mentionnés, il s'agit de la part fédérale et cantonale et il souligne que pour le cours réel les 105 millions doivent effectivement être déduits.

M. Longchamp souligne que la part fédérale ne va pas augmenter si le gouvernement cantonal décide de consacrer plus de dépenses à l'assurance-maladie, car ces éléments sont distincts des subsides. Il illustre ces propos en rapportant que si le gouvernement cantonal décidait de verser un milliard de subsides, la part fédérale de 105 millions restera inchangée.

Un commissaire L se demande à quoi correspondent les 4 millions de prestations pour les jeunes adultes.

M. Mazzaferri mentionne qu'il s'agit de subsides destinés aux jeunes adultes, catégorie de personnes situées entre 19 et 25 ans. Il rappelle que la loi fédérale impose un octroi d'un subside, équivalent à la moitié de la prime, pour ces personnes.

M. Maugué indique que M. Mazzaferri va aborder la question se rapportant au coût généré par le contentieux.

M. Mazzaferri explique qu'une fois que la poursuite aboutit à un acte de défaut de biens, le SAM prend en charge le montant arriéré. Cela représente pour l'année 2008 :

| Charges prises par le SAM | Montants payés par le SAM |
|--|---------------------------|
| Primes faisant l'objet de poursuites | 35 millions de francs |
| Franchises | 1,2 million de francs |
| Quotes-parts | 600 000 francs |
| Frais de poursuite | 3,9 millions de francs |
| Intérêts moratoires, versés aux caisses | 1,1 million |
| Charge salariale au SAM | 252 000 francs |

M Maugué rapporte certains éléments quant à l'incompatibilité du système des 8%, tel qu'il est prévu, avec les dispositions de la LAMal. Il souligne que ces facteurs ont déjà été abordés en partie lors de la séance dernière, un élément ayant été ajouté concernant l'attribution d'un subside individuel à un groupe familial.

M. Mazzaferri relève qu'effectivement un problème se pose si le système des 8% amène à un subside qui est calculé pour le groupe familial. En effet, il soulève l'éventualité que chacun des membres d'une même famille soit affilié à une caisse maladie différente ; se pose, dès lors, la question légale de savoir quel sera le bénéficiaire du subside.

M. Maugué récapitule les autres éléments d'incompatibilité. Tout d'abord, il rappelle que la loi fédérale dispose que les assurés considérés comme modestes doivent être aidés, alors que le système des 8% aboutirait à une aide apportée également à des groupes familiaux avec des revenus de plus de 160 000 francs. Ensuite, il mentionne l'élément de la libre concurrence, aspect voulu par la LAMal. Il se souvient que, lors de la dernière session, un député avait attiré son attention sur le fait que pour les subsidiés des prestations complémentaires et de l'Hospice général, la prime moyenne cantonale déterminait le montant du subside. Il constate, dès lors, que le système des 8% étendrait à l'ensemble des assurés un système pointant un type de prime. Cette hypothèse poserait un problème. Un autre facteur qu'il relève est l'art. 65 LAMal qui précise qu'une réduction au moins à 50% pour les primes des enfants et des jeunes adultes en formation doit être apportée. Il soutient que ce système qui décroît avec 8% amènera, à un certain moment, à accorder des subsides qui iront en deçà de ces 50% ; le canton serait donc en contradiction avec cette disposition. Il confirme qu'un flou suffisant autour de ces différents aspects justifie que le doigt soit mis dessus. Concernant la comparaison des prestations accordées dans les cantons de Vaud et Bâle-Ville, il indique que les explications apportées à la commission ont pour but de brosser le tableau de chacun des systèmes cantonaux.

M. Mazzaferri se réfère tout d'abord au système instauré à Bâle-Ville et relève qu'il est très similaire à celui de Genève. En effet, les subsides sont accordés sur la base du système N-2 également et des paliers progressifs sont aussi prévus. Il rapporte que, contrairement à Genève qui en compte trois (A, B et C), le système bâlois connaît quinze niveaux différents. Il indique que les montants des subsides varient, pour les adultes, entre 289 francs et 20 francs, et entre 100 francs et 51 francs pour les enfants. Concernant le système vaudois, il relève que ce dernier est un peu plus complexe, notamment car il établit, comme le système des 8% le veut, les subsides au montant de la prime. Il souligne que les subsides sont le résultat d'une équation compliquée. Il explique, néanmoins, à l'aide d'un graphique, avec sur l'axe des X le revenu et sur l'axe des Y les subsides, qu'une courbe descendante en S se dessine et il constate que ce système est intéressant, car

la pente de ladite courbe peut être maîtrisée en variant ses paramètres, et donc la dépense.

M. Longchamp relève l'inconvénient du système vaudois qui réside dans les nombreux niveaux de subsides (entre 32 et 45 niveaux). Il est d'avis qu'au niveau de la visibilité d'une politique ces nombreux paliers rendent les explications compliquées, car personne ne peut savoir à quel subside il a droit.

Un commissaire UDC confesse que le bref résumé concernant les systèmes vaudois et bâlois n'a pas suscité beaucoup d'intérêt chez lui, étant donné que la préoccupation fondamentale est de déterminer les personnes qui peuvent bénéficier de ces subsides. Il soutient qu'un phénomène de paupérisation de plus en plus sérieux se constate dans la population avec des personnes qui ont des revenus légèrement supérieurs à ce qui est établi par le barème, et perdent de ce fait la possibilité d'avoir accès à des subsides. Les gens travaillent, mais n'arrivent cependant plus à payer leurs factures, l'une des raisons étant le coût toujours plus important de l'assurance-maladie. Il explique que, par ces comparaisons des systèmes des politiques de subsides, il aurait souhaité savoir en quoi ils répondaient à cette problématique. Il demande, dès lors, des précisions quant aux bénéficiaires de subsides dans ces cantons et dans quelle tranche de gains les personnes peuvent avoir droit à ces subsides. Il désire obtenir des renseignements sur les éventuels problèmes que posent les changements d'affiliation aux caisses maladie par les assurés. Il demande, dès lors, à ce qu'une personne des assurances puisse apporter ce genre de précisions à la commission, afin d'avoir une vue de ce qui se passe à Genève, à savoir si un rallye d'assurance-maladie a lieu chaque année ou si au contraire une certaine stabilité se manifeste. Il conclut en exprimant la volonté de voir apparaître, dans les tenants comparatifs des projections demandées, les indications figurant dans la M 1916, c'est-à-dire de ne pas se bloquer sur le pourcentage de l'assurance-maladie, mais sur ces fameux 60% souhaités voire dégagés par les citoyens en considérant leur revenu minimum, afin de constater un éventuel changement de l'équation et si les revenus salariaux des personnes touchées seront plus larges.

M. Longchamp lui affirme que le nombre de personnes changeant de caisse chaque année sera communiqué à la commission. Quant aux situations vaudoise et bâloise, il assure que ces cantons connaissent les mêmes débats politiques que ceux menés à Genève. Il souligne que les cotisations d'assurance sont plus élevées à Bâle et il confirme que ces systèmes ne corrigent pas les difficultés relevées par cette discussion.

Le commissaire UDC précise qu'il aurait souhaité savoir si l'étendue de l'arrosage touchait des personnes à des niveaux de revenus salariaux

différents, plus particulièrement si, comme à Genève, un certain revenu est déterminé (en dessous de 80 000 francs), ou si ces différents systèmes permettent d'aider, de manière plus large, les familles.

M. Longchamp répond que dans le canton de Vaud le revenu déterminant est fixé à 65 000 francs, alors que dans le canton de Bâle, il est fixé à 89 000 francs pour une famille composée de quatre personnes, sachant que les subsides ne s'élèvent qu'à 20 francs dans ce cas de figure. Il est d'avis que ce genre de subsides est plus coûteux à distribuer, raison pour laquelle il a été décidé à Genève de s'orienter plutôt vers un système composé de trois niveaux, afin de mieux cibler les personnes qui sont dans le besoin.

Une commissaire S relève que sur le site internet de l'Etat de Vaud, les tableaux sont publiés et qu'il est intéressant de voir que ce système permet d'éviter fortement l'effet de seuil grâce à cet aspect dégressif des subsides.

M. Longchamp constate que ces 65 niveaux de subsides conduisent à octroyer des subsides à hauteur de 10 francs à une famille comptant un jeune adulte en formation. Il relève qu'effectivement l'effet de seuil est évité, mais par un subside de 10 francs, somme qui n'est finalement pas d'une grande aide.

La commissaire S rétorque qu'un montant plus important est versé à d'autres.

M. Longchamp aimerait, dès lors, que la Cour des comptes vaudoise détermine le coût du versement d'un subside de 10 francs, une fois faite l'instruction du dossier d'une famille. Il s'adresse à M. Mazzaferri et lui demande de déterminer exactement comment obtenir ce genre d'informations, sachant que le subside n'est pas versé à la famille, mais à l'assurance.

La commissaire S constate qu'effectivement un subside de 10 francs est versé à un jeune appartenant à une famille touchant un revenu de 65 000 francs, mais elle relève que ce subside augmente considérablement, mentionnant qu'à un revenu de 64 000 francs correspond un subside de 86 francs et à 63 000 francs, il est versé 101 francs de subsides. Elle en conclut qu'au final très peu de personnes ne touchent que 10 francs de subsides. Elle revient sur la motion UDC (M 1916) et considère intéressant d'avoir repris le tableau (de 2006) faisant apparaître la comparaison des montants que reçoit une personne étant à l'aide sociale, à l'AVS ou à l'AI. Elle est d'avis qu'il serait, dès lors, utile que la commission obtienne régulièrement l'actualisation des chiffres. Elle répète, pour conclure, que le but de ce PL 10547 est de soulever la question de la proportion que représente le coût de l'assurance-maladie pour les habitants du canton, mais

que son parti est tout à fait ouvert à toute autre manière juridique qui atteindrait les mêmes buts.

Un commissaire R s'adresse à M. Mazzaferri et lui demande trois chiffres supplémentaires : le montant global des subsides destinés à l'assurance-maladie dans les trois cantons, ce montant global divisé par le nombre d'habitants et le pourcentage de l'aide sociale consacrée au montant des subsides d'assurance-maladie, afin d'établir une bonne comparaison des politiques sociales par rapport aux subsides de l'assurance-maladie dans ces trois cantons.

M. Longchamp répond que les chiffres pour le canton de Bâle seront assurément transmis à la commission. En revanche, il doute que des statistiques fiables et consolidées concernant le canton de Vaud puissent être communiquées, sachant que l'aide sociale est communale dans ce canton.

M. Maugué n'est pas certain que tous ces chiffres puissent être connus d'ici à la séance prochaine, car les demandes seront directement adressées aux cantons concernés, afin de répondre à cette question.

Une commissaire S se demande combien de personnes sont touchées par le montant de 326 millions de francs, mentionné en début de séance.

M. Maugué précise que ces 326 millions englobent toutes les politiques publiques d'accès à l'assurance-maladie. En ce qui concerne uniquement les subsides, le montant accordé s'élève à 284 millions.

La commissaire S souhaite, dès lors, savoir combien de personnes sont subsidiées par ce montant.

M. Mazzaferri indique qu'avec les subsides destinés aux bénéficiaires des prestations complémentaires et ceux de l'aide sociale, il est prévu de toucher 105 000 personnes.

La commissaire S avoue ne pas comprendre l'articulation de ces différents chiffres.

M. Mazzaferri explique que le projet de loi impose qu'un individu ne doit pas consacrer plus de 12% de ses revenus au paiement de ses primes d'assurance-maladie, le reste étant, par conséquent, subsidié, c'est-à-dire que l'Etat doit payer la différence. Il souligne que plus le pourcentage augmentera, plus la personne devra couvrir de sa poche le montant de ses primes, entraînant ainsi non seulement une diminution du montant consacré par l'Etat, mais également une réduction des personnes subsidiées.

La commissaire S récapitule qu'à un taux de 12%, les dépenses d'élèvent à 324 millions, touchant 172 000 personnes ; un taux de 15% réduirait les dépenses à 245 millions, touchant 122 000 personnes, alors qu'actuellement,

avec un montant de 284 millions uniquement 65 000 personnes sont subsidiées. Elle exprime son étonnement face au nombre de personnes aidées, constant qu'avec le système des taux, introduit par le PL, plus de personnes sont concernées.

M. Maugué indique que le système actuel permet un ciblage des assurés de condition modeste, alors que le système des pourcentages élargit le spectre des personnes subsidiées, mais conduit au versement de subsides s'élevant à 20 francs pour des personnes touchant des salaires annuels relativement élevés.

Un commissaire MCG revient sur la problématique du coût du contentieux et se demande à quel moment le SAM intervient lorsqu'il est question de franchises et de quotes-parts. Il se demande également si ces dernières concernent les participations pour les personnes bénéficiaires des prestations complémentaires.

M. Mazzaferri indique que ce point ne concerne en rien les personnes bénéficiaires de l'aide sociale ou de prestations complémentaires, sachant que le service des prestations complémentaires paie les franchises et les quotes-parts. Il indique, dès lors, que sont concernés les individus poursuivis pour n'avoir pas réglé leurs franchises et quotes-parts et dont la poursuite, qui a abouti à un acte de défaut de biens, a été ensuite transmise au SAM.

Un commissaire MCG demande si les 35 millions représentent uniquement les actes de défaut de biens pour les primes.

M. Mazzaferri acquiesce et ajoute que des actes de défaut de biens pour les franchises impayées et les quotes-parts parviennent au SAM.

Le commissaire MCG souhaite que lui soit confirmé que les 2 millions de franchises ainsi que les 600 000 francs de quotes-parts sont également des actes de défaut de biens.

M. Mazzaferri acquiesce.

Le commissaire MCG s'intéresse aux frais évoqués et se demande si, lors du rachat de l'acte de défaut de bien, les frais de l'assurance sont remboursés en plus du montant de l'acte de défaut de biens.

M. Mazzaferri répond que les frais inscrits dans l'acte de défaut de biens doivent être remboursés.

M. Longchamp complète en rappelant qu'une loi fédérale impose ce paiement des frais de poursuite et des intérêts moratoires aux assurances.

Le commissaire MCG souhaite savoir s'il ne se serait pas possible et plus avantageux de dispenser les assureurs-maladie de l'avance des frais lorsqu'une poursuite d'un assuré genevois est engagée.

M. Longchamp soulève qu'une grande partie des poursuites aboutissent. Il se réfère au Groupe Mutuel et souligne que, suite à une extrapolation des chiffres, le constat est de dire qu'il y a un gain de plusieurs centaines de millions de francs pour cette assurance-maladie, en matière de contentieux.

Un commissaire PDC exprime son étonnement face à certains effets pervers révélés lorsque certaines éventualités sont envisagées. Il revient sur les propos du commissaire UDC et relève ces passages de caisses et le problème des réserves lié à ce phénomène. Il souligne qu'au final lorsqu'existe la volonté de régler une problématique dans un sens, souvent cela se fait au détriment d'un autre. Il souhaite, par conséquent, connaître le pourcentage de répercussions directes et de celles qui ne se feront pas sentir immédiatement. Il termine son intervention par une constatation qui est celle que le domaine des assurances-maladie est le seul domaine où, lorsque l'Etat défend ses citoyens, il a l'obligation d'être un peu pénalisé par un groupe privé.

Le commissaire PDC s'interroge sur la question des franchises et quotes-parts et se demande si elles sont remboursées aux prestataires de soins, par l'Etat.

M. Mazzaferri lui indique qu'il s'agit du même mécanisme, à savoir : si les franchises ne sont pas payées, l'assurance-maladie met aux poursuites l'assuré concerné et l'office des poursuites émet normalement un acte de défaut de biens. Il mentionne qu'une fois cet acte de défaut de biens établi, il est transmis au SAM qui va payer les montants figurant sur l'acte de défaut de biens pour les franchises.

M. Longchamp précise qu'un assuré en retard pour le paiement d'un montant dû à son assureur risque de se retrouver aux poursuites et que si ces dernières aboutissent à un acte de défaut de biens, l'Etat se substitue à l'assuré et paie à sa place.

Un commissaire PDC relève que la franchise et la participation sont des frais que l'assuré doit payer directement aux prestataires, l'assureur n'entrant pas en ligne de compte dans ce cas de figure. Il ne comprend pas, dès lors, le mécanisme instituant un paiement de la franchise et des quotes-parts de la part de l'Etat à l'assurance.

M. Longchamp rappelle que dans une relation avec un tiers payant, comme l'hôpital, la franchise et la participation au séjour hospitalier sont des sommes dues à l'assureur, car elles ont déjà été payées par ce dernier. Il indique, en outre, que le mécanisme est différent s'agissant d'une relation avec un médecin tiers garant.

Un commissaire MCG souhaite entendre l'appréciation du conseiller d'Etat quant au système de santé, à savoir s'il est satisfaisant ou s'il trouve qu'il s'essouffle, notamment à Genève, avec les spécificités que connaît le canton. Il se demande également si les partis, au niveau fédéral, agissent ou au contraire s'ils sont vérolés par les assurances-maladie, les conseils d'administration et la Commission fédérale de la santé.

M. Longchamp expose l'élément fondamental de ce système qu'est la réussite de garantir une couverture totale de la population légale en Suisse, contre la maladie, indépendamment du sexe ou de l'état de la santé, ainsi que l'accès à des soins de très haut niveau. Ce système est montré en exemple précisément dans des pays où ces objectifs ne sont pas atteints, comme aux Etats-Unis. Il répète que garantir une couverture médicale à toute la population, indépendamment de l'origine sociale et du sexe, et un accès aux médicaments de manière à peu près générale reste tout de même un résultat qui fait pâlir d'envie l'entier des pays qui entourent la Suisse. Il relève que ce qui ne fonctionne pas, c'est évidemment le système de couverture d'un certain nombre de coûts, lié à des dysfonctionnements du système. Il cite en exemple la fiction de diminuer les coûts de la santé grâce au changement de caisse maladie, alors que ce mécanisme génère au contraire des frais plus importants qui passent d'une caisse à l'autre, notamment par le besoin de constituer une réserve immédiatement. Il évoque, par ailleurs, la proposition faite de garantir un compte réserve, afin de pallier cette problématique. Concernant le système du contentieux, il reconnaît sa complexité, mais avoue ne pas lui trouver un substitut, car dans tout système où le paiement d'une prime est exigé, il y aura toujours des individus qui ne paieront pas leurs primes, parfois pour de malheureuses raisons, leur incapacité de payer notamment, d'autres fois parce qu'ils considèrent que payer un abonnement de natel est plus important que de payer leurs primes. Il invite à réfléchir avant de remettre à plat ce système et évoque le système existant avant la mise en place de la LAMal. Il rappelle que des personnes âgées, sans couverture d'assurance-maladie, car elle n'était pas obligatoire, se présentaient à l'Hôpital de Loëx. Il se remémore les situations invraisemblables dans lesquelles se trouvaient les personnes accueillies dans cet hôpital, car elles ne pouvaient pas être soignées. Il conclut en mentionnant le grand débat universel qu'est celui de la couverture universelle des soins, alors que dans ce pays, cette mission est remplie.

Un commissaire MCG complète ses propos en indiquant qu'il souhaitait mener un débat de fond sur la question, notamment au vu des familles se retrouvant de plus en plus souvent dans l'incapacité de faire face aux coûts des primes d'assurance-maladie. Il redirige sa réflexion notamment sur les

prix des médicaments notablement plus élevés en Suisse que chez les voisins et se demande quel rôle tiennent là les pharmas. Il considère que Genève doit envoyer un message fort à Berne, afin de provoquer cette réflexion, et il souhaite que ce canton agisse au lieu de subir.

La présidente souhaite recadrer le débat, qui porte sur le PL 10547 et est d'avis que remettre en cause le prix des médicaments est hors contexte par conséquent.

M. Longchamp relève qu'un certain nombre de dysfonctionnements restent à la portée cantonale et peuvent dès lors être améliorés, tels que le changement de règle sur les réserves ou d'autres éléments comme changer de caisse pour payer moins cher, car ce mécanisme génère des frais qui se répercutent sur toute la population. Quant au débat de fond, il rappelle qu'il s'agit d'un système de solidarité qui veut que les bien-portants paient pour ceux se portant moins bien. Il se dit prêt à défendre politiquement mordicus ce système. Il assure que le financement de la sécurité sociale française, où la CNAM génère 27% de frais administratifs par rapport aux factures qu'elle rembourse, peut rendre les Suisses extraordinairement admiratifs du leur propre système, qui lui génère seulement à 8% de frais, tout en sachant que la CNAM ne paie même pas la facture hospitalière. Il reconnaît que des réformes sont à faire, mais il souhaite que l'essentiel ne soit pas perdu de vue. Si la volonté est de maintenir la couverture médicale exceptionnelle que la Suisse connaît tout en faisant face au vieillissement de la population, il faut oublier que des primes moins chères pourraient être envisagées.

La présidente s'adresse aux commissaires afin de connaître d'éventuelles propositions d'auditions.

Un commissaire UDC considère la vision de M. Longchamp quant au système de solidarité comme juste, mais dépassée, à cause de l'augmentation des primes d'assurance-maladie. Il relève que le problème actuel se situe bien à ce niveau et est d'avis qu'il peut même aller jusqu'à remettre la paix sociale en cause. Il souligne que, d'une manière ou d'une autre, l'Etat va devoir répondre à un recours à l'aide sociale toujours plus grandissant, les gens n'ayant plus la capacité de payer leurs primes d'assurance-maladie. Il craint qu'une forme d'injustice sociale, de disparités, ne débouche un jour sur des troubles dans la rue. En effet, la classe moyenne ne bénéficie pas de toutes les aides, touchant un salaire qui devrait certes lui permettre de survivre, mais elle le peut de moins en moins à cause de l'augmentation des primes. Il considère, dès lors, qu'un calcul doit être effectué afin de constater si ce fameux tuyau d'arrosage peut être élargi pour toucher plus de personnes.

M. Longchamp dit que ses propos ne sont pas contradictoires avec ce qu'énonce le commissaire UDC et qu'il est de moins en moins soutenable, pour la classe moyenne, de faire face à ces augmentations, car les primes augmentent plus vite que la capacité contributive de la population, entraînant une perte du pouvoir d'achat sur cette partie du budget familial. Il souligne que ce phénomène amène à soutenir des politiques de subsides qui sont relativement importantes. Il pointe le projet de loi qui leur est proposé et indique qu'il s'agit d'une dépense de 240 millions de francs supplémentaires. Il indique aux députés qu'avant de faire des débats sans fin sur la question de savoir si le système vaudois, avec des subsides à 11 francs, est intéressant ou pas, ils doivent se poser la vraie question, à savoir si une majorité de ce parlement est favorable à consacrer une dépense de 240 millions de francs supplémentaires à cette politique. Il considère la politique de subsides actuelle comme juste, tout en exprimant son souhait de pouvoir faire plus. Il rappelle, en revanche, qu'il est nécessaire de mettre en relation ces sommes-là avec la capacité de les financer. Un effort extrêmement précis sur les familles a été fait, notamment en réduisant de manière importante les impôts à partir de 2010. Il pense qu'un autre système de prestations complémentaires familiales, pour les familles qui travaillent, doit être inventé, mais il est d'avis qu'avant de discuter des bienfaits de la politique bâloise, la vraie question est de déterminer les moyens souhaités. Il invite les commissaires à considérer ce que représente cette politique de subsides, déjà généreuse, à laquelle il est proposé de rajouter 240 millions de francs par année, entraînant un certain nombre d'effets qui lui paraissent douteux sur les principes.

Un commissaire L est d'avis que, pour une meilleure compréhension du problème, un des points essentiels est de déterminer ce qu'il en sera, suite aux effets de la baisse d'impôts, des revenus des personnes concernées. Il souhaite obtenir une première appréciation globale des montants reçus par les subsidiés, ce qu'ils doivent recevoir, ainsi que ce qu'ils devront payer en moins quant à leurs dépenses obligatoires. Il considère que le budget des ménages est également un point qui doit être examiné, toute catégorie retenue, tout en relevant les différents postes des ménages et la part du budget qu'ils retiennent. Il souhaite connaître l'évolution des dépenses réelles et ce qu'il en est des revenus des catégories concernées, à savoir pour quelle catégorie une réforme est envisagée. Il souligne que les causes de l'augmentation des dépenses de la santé doivent également être abordées, raison pour laquelle il pense utile de recevoir un représentant des H+ (hôpitaux), un représentant de Santésuisse (assureurs), ainsi que des représentants ou des membres du comité de la FMH. Il relève qu'un certain

nombre de milieux, particulièrement qualifiés pour invoquer ces problèmes d'assurance-maladie, doivent être auditionnés.

La présidente lui demande de reformuler sa proposition d'audition.

Il indique qu'il souhaite que H+, Santésuisse et la FMH soient auditionnés.

Un commissaire MCG revient sur les propos de M. Longchamp et souligne qu'il n'est pas question de revenir sur les bienfaits de la LAMal, ainsi que sur l'accès aux soins qui nous est offert, mais qu'il s'agit de comprendre la cherté de cet accès. Il soulève que la question posée au sein de cette commission est de déterminer les actions qui peuvent être menées en amont, le rôle ici étant d'essayer de remédier à une conséquence désastreuse pour la population. Il se demande ce que font les partis en place, notamment le parti radical-libéral, afin ne serait-ce que d'obtenir la transparence des comptes des caisses maladie, qui avancent comme explication que les primes sont la résultante inévitable de la hausse des coûts de la santé, alors qu'il est pertinemment connu que les primes ont augmenté plus rapidement que les coûts de la santé. Il considère que ces primes pourraient être moindres car, par un contrôle efficace et approprié des comptes des assureurs-maladie, des primes qui sont véritablement la résultante des coûts de la santé seraient obtenues. Il pense qu'un travail doit être accompli par le gouvernement de ce canton, afin de faire entendre la voix de tous les habitants qui n'acceptent pas d'avoir constitué des réserves d'assurance-maladie disproportionnées, afin de permettre à certains autres cantons de conserver des primes plus basses. Il ne rejoint pas la proposition du commissaire PLR et déclare que les personnes qui sont à l'origine des coûts de la santé ne doivent pas être entendues par la commission, car ce débat n'est pas le leur. Il indique que doivent être entendues les personnes qui les obligent à aborder le débat contenu dans la question de déterminer les sommes qui seront allouées pour soulager financièrement la population. Il souhaite, dès lors, inviter les représentants de Santésuisse, en particulier le président M. Claude Ruey, ainsi que le responsable du contrôle de l'assurance-maladie, auprès de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Un commissaire PDC relève le terme de bouclier de l'assurance, mentionné dans la M 1916, et se demande, dans quelle mesure, sur le plan juridique, le transfert d'une problématique fiscale vers une problématique de droit d'assurance peut être effectué. Il conseille, par conséquent, de demander l'avis d'un expert du droit des assurances par rapport au droit fiscal.

M. Maugué lui répond qu'il doit s'adresser à l'économiste de son service, afin de vérifier si ce genre d'expertise peut être menée.

Une commissaire Ve exprime son impression de suivre le même débat dans la commission de la santé et considère, dès lors, comme dommage de procéder à deux reprises au même travail. Elle rappelle qu'une résolution a été envoyée au mois de juin au Conseil fédéral et indique que, selon M. Pierre-François Unger, ladite résolution sera discutée très prochainement. Elle souhaiterait, par conséquent, que M. Unger soit invité à la commission, afin de partager les informations, qui selon elle, doivent être communiquées dans les deux commissions en question. Elle informe ses collègues que la troisième résolution sur les réserves passant d'une assurance à l'autre est pendante devant la commission de la santé.

La présidente relève qu'une coordination entre les deux commissions peut être établie.

Un commissaire R indique qu'à la question des projections concernant l'évolution de la situation, l'Observatoire suisse de la santé a accompli un travail très complet, dont le rapport est sorti l'automne dernier. Il relève que ces études ont démontré que, quel que soit le système de financement, les coûts ne vont pas cesser d'augmenter. Il rapporte que trois facteurs jouent un rôle déterminant : le vieillissement, malheureusement l'offre médicale et la demande des consommateurs. Afin d'avoir un éclairage général sur l'évolution des dépenses de la santé, il est d'avis qu'il serait intéressant d'interroger l'Observatoire suisse de la santé, qui a notamment établi une projection des coûts pour 2030.

La présidente suggère de passer au vote des cinq propositions d'auditions, la sixième concernant l'estimation des conséquences de la baisse d'impôt sur le revenu disponible des ménages.

Un commissaire MCG souhaite éclaircir ses propositions d'auditions, en indiquant qu'elles ne visent pas à savoir comment maintenir ou réfréner les coûts de la santé. En effet, il indique que sa volonté est d'entendre une explication sur une hausse des primes plus rapide que celle des coûts, plus précisément de pouvoir déterminer la corrélation entre la hausse des coûts et la hausse des primes et de pouvoir définir si elle est inévitable ou non. Il considère que le débat ne doit pas se résumer à trancher la question de savoir combien le parlement est disposé à consacrer à cette problématique, mais bien de déterminer si les sommes qui sont prêtes à être allouées le seront à juste titre, plus particulièrement si un travail ne doit pas être fourni en amont afin de déterminer si l'argent débloqué peut être mieux investi et mieux utilisé.

La présidente met aux voix les différentes propositions d'auditions :

1) Audition de H+ :

Pour : 8 (3 Ve, 1 PDC, 2 R, 2 L)
Contre : 4 (1 UDC, 2 MCG, 1 PDC)
Abstentions : 2 (2 S)

Cette proposition est acceptée.

2) Audition de la FMH :

Pour : 8 (3 Ve, 1 PDC, 2 R, 2 L)
Contre : 4 (1 UDC, 2 MCG, 1 PDC)
Abstentions : 2 (2 S)

Cette proposition est acceptée.

3) Audition de Santésuisse :

Pour : 13 (2 S, 3 Ve, 1 PDC, 2 R, 2 L, 1 UDC, 2 MCG)
Contre : –
Abstention : 1 (1 PDC)

Cette proposition est acceptée.

4) Audition de l'Observatoire suisse de la santé, au sujet de l'évaluation des coûts de la santé en 2025 :

Pour : 12 (3 Ve, 2 PDC, 2 R, 2 L, 1 UDC, 2 MCG)
Contre : –
Abstentions : 2 (2 S)

Cette proposition est acceptée.

5) Audition de l'Office fédéral de la santé publique sur le contrôle des assurances-maladie :

Cette proposition est acceptée à l'unanimité.

6) Audition de l'OCSTAT :

Un commissaire L interrompt le vote afin de proposer d'envoyer une note à ce service quant à l'évolution du budget des ménages genevois par catégorie de revenus.

Cette nouvelle proposition est acceptée à l'unanimité.

Séance du 19 janvier 2010 : audition de M. Jacques de Haller, président de la FMH

Le vice-président souhaite la bienvenue au docteur de Haller, président de la FMH, et le remercie d'avoir répondu à l'invitation de la commission. Il rappelle que cette audition a été sollicitée dans le cadre de l'examen d'un projet de loi modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (PL 10547) qui pose au centre des préoccupations la question de la hausse constante des primes d'assurance-maladie et l'adéquation des primes avec la hausse des coûts de la santé. Il demande à l'auditionné de faire une introduction sur la manière dont la FMH perçoit cette adéquation.

M. de Haller remercie les députés et indique que plusieurs niveaux de solutions sont à présenter. Concernant la question de la hausse des coûts, il relève que cette problématique est ressassée allégrement année après année. Il précise que les coûts de la santé sont en augmentation de 3,5 à 4% par année dans l'ensemble du monde développé depuis 30 ou 40 ans au moins. Il ajoute que cette progression est absolument linéaire et ne fluctue donc pas. Il estime que cette donnée de base est difficilement contestable et manipulable, au risque de toucher, en réalité, à des problèmes fondamentaux comme l'accès garanti aux soins. Il relève, dès lors, que le premier élément à clarifier est qu'il n'y a pas d'explosion des coûts, mais une hausse constante de ceux-ci dans notre société, pour différentes raisons d'ordre démographique et technologique notamment.

Il souligne, par contre, que les primes sont soumises à des contingences différentes et qu'elles ont effectivement explosé l'année dernière. Il avance que ce phénomène s'explique en partie par des raisons essentiellement politiques, car les primes avaient été bloquées pendant plusieurs années par le conseiller fédéral chargé de la santé ; elles ont dès lors explosé comme un ressort que l'on cherche à comprimer pendant un certain temps. Il indique que les primes vont effectivement augmenter encore à la fin de cette année, car un retard de plusieurs années de suivi des coûts par les primes doit être rattrapé. Ceci dit, il reprend le fond de la question qui lui a été posée, à savoir que les primes, en réalité, augmentent davantage que les coûts et de manière parfois relativement incompréhensible. Un certain nombre d'éléments techniques indéniables expliquent que les primes augmentent davantage que les coûts, notamment le problème des réserves. Il décrit, en effet, qu'un assuré changeant de caisse ne transporte pas de réserves avec lui. De ce fait, les caisses « bon marché » doivent augmenter leurs primes afin de créer de nouvelles réserves. A cela s'ajoute le fait que les individus puissent changer de caisse et ainsi faire baisser leurs primes. Il explique que lorsqu'il est annoncé une hausse des coûts de 4% et une hausse de prime de 5%, cette

dernière correspond en réalité à une hausse d'encaissement largement inférieure de 1 à 1,5%. En réalité, les changements de caisses, de franchises et autres font que les primes encaissées ne sont pas à la hauteur de l'augmentation décrétée en début d'année. Quant à la question du subventionnement des primes, il est d'avis que la question se pose de façon un peu différente. Il annonce que le système actuel des primes par tête connaît des limites qui sont en train d'être atteintes tranquillement. Il souligne, en effet, que les gens ne pourront plus être taxés en fonction des hausses des coûts et des primes simplement en prime par tête comme cela fut le cas ces dernières décennies, car les montants demandés ne pourront plus être supportés. Il prend l'exemple de Genève qui connaît une avance sur le reste du pays avec une moyenne de 419 francs par personne, alors que la moyenne nationale est de 330 francs en Suisse.

Il est d'avis que le subventionnement des primes est une sorte de perversion du système, car le problème des primes insupportables est escamoté par une fiscalisation cachée d'une contribution qui ne devrait pas l'être dans l'esprit de la loi. Or, il relève que 40% des gens reçoivent des subventions. A son sens, cette réalité est à prendre en compte et le concept doit être revu, non seulement au niveau cantonal, mais également au niveau fédéral.

Le vice-président demande à l'auditionné s'il entend par « fiscalisation » que la charge des primes est allégée par l'impôt. Il relève que selon ses propos, cette fiscalisation n'est pas acceptable et il lui demande, dès lors, s'il voit un autre moyen, excepté le changement du système de base qui dépend du droit fédéral.

M. de Haller répond qu'il ne voit pas d'autre solution, sachant, par ailleurs, que la LAMal prévoit le subventionnement pour les personnes de condition modeste qui ne peuvent assumer le montant des primes maladie. Il considère ce système des subventionnements comme pervers, car il escamote un problème et trouve des solutions qui sont en marge de ce qui avait été prévu, déviant ainsi un vrai débat sur la question.

Une commissaire S souhaite que l'auditionné explique en quelques points les raisons de cette augmentation globale des hausses de coûts dans le monde développé et il se demande si l'amélioration de la technologie en est un facteur.

M. de Haller souligne que cette problématique hante les débats. Il précise que les coûts augmentent essentiellement pour des questions de développements technologiques ; le facteur du vieillissement de la population intervient également, mais de façon moins importante. Il ajoute qu'au niveau

de la société, un facteur réel est la mission confiée à la « Médecine ». Il explique, en effet, que le système de santé devient responsable d'une quantité de domaines et de prestations qui n'étaient pas du tout de son ressort auparavant.

La commissaire S lui demande s'il considère qu'un transfert des coûts de l'aide sociale vers les coûts de la santé s'est produit.

M. de Haller répond qu'il ne s'agit pas d'un transfert des coûts en réalité, mais que le système de santé acquiert petit à petit un rôle d'auxiliaire des services sociaux. Il mentionne l'exemple du nombre de problèmes psychologiques qui ont dû être pris en charge par l'AI pour illustrer ce phénomène.

La commissaire S revient sur le facteur des coûts de la technologie et s'étonne du fait qu'un amortissement des machines, avec le temps, n'entre pas en considération. Elle se demande si l'avancée trop rapide de cette technologie empêche de faire des amortissements.

M. de Haller lui donne l'exemple d'un scanner qui est amorti en cinq ans. Il ajoute qu'effectivement, la technique est telle que ce scanner irradie moins que le suivant, et dans ce cas il existe un avantage à se procurer un autre scanner.

Un commissaire PDC l'interroge sur l'avenir qui se profile, sachant que les gens ne pourront plus être taxés davantage, car le système est en train d'atteindre ses limites. Il rappelle que lorsque M^{me} Dreifuss a instauré la LAMal, elle a affirmé que les assurés ne devraient pas consacrer plus de 8% de leur revenu au paiement des primes d'assurance-maladie. Il signale, toutefois, qu'actuellement les primes d'assurance-maladie représentent le double de ce pourcentage et que de plus cela va en s'accroissant, au vu de l'inflation pratiquement continue et régulière. Il souhaite connaître les réflexions qu'inspire cette arrivée au bout du système à l'auditionné et quelles solutions il voit.

M. de Haller souligne que ces questions relèvent du domaine politique. Ceci dit, il répond qu'il voit comme solution une modification du système qui permette de passer à un autre mode de financement que celui par tête, car il s'agit bien de la fin de ce financement. Il rappelle que le système de santé correspond à un besoin de la société ; les individus sont assurés d'avoir un accès aux soins et d'être soignés quand ils en ont besoin. Il avance que ces éléments établissent une stabilité sociale en Suisse et que le rôle de l'Etat social est d'organiser cela. Il mentionne, en outre, que le système de santé ne présente pas uniquement des aspects négatifs. Il indique, en effet, que le domaine de la santé représente largement 10% du PIB et largement 13 à 14%

de la force de travail en Suisse. Il souligne que 500 000 personnes travaillent dans le domaine de la santé en Suisse et qu'il s'agit du seul secteur économique qui se développe actuellement.

Un commissaire UDC relève que la fin de la répartition des coûts par tête conduit vers la caisse unique.

M. de Haller soutient qu'il s'agit de deux débats différents. Il ajoute que la manière de prélever les montants nécessaires peut être fiscalisée, par le biais d'impôts directs ou indirects, par exemple. Il précise, néanmoins, qu'il n'a pas d'idée arrêtée sur cette problématique.

Un commissaire L demande à l'auditionné quel est le rôle, du point de vue de la FMH, des autres partenaires dans l'augmentation du coût de la médecine, principalement des médecins privés.

M. de Haller répond que le système hospitalier et le domaine des médicaments jouent principalement un rôle dans l'augmentation des coûts. Concernant le système hospitalier, ce dernier connaît une hausse des coûts qui est supérieure à celle que produisent les médecins privés. Il relève un problème particulier au système hospitalier qu'est l'hospitalier ambulatoire, car il connaît une augmentation annuelle à deux chiffres depuis plusieurs années. Il pointe ce réel problème, car il génère des coûts importants, de l'ordre de 10% par année. Il explique ce phénomène par le transfert de l'hospitalier stationnaire et des urgences vers l'hospitalier ambulatoire ; en effet, les gens ne vont plus chez leur médecin, mais à l'hôpital. Il informe que des solutions sont recherchées afin de remettre en place des incitatifs. Quant aux médicaments, il soutient que la situation s'améliore tranquillement en Suisse. Il indique que le prix des médicaments introduits ces trois, quatre dernières années est comparable en Suisse à ce qui est pratiqué à l'étranger. Il assure que ce facteur-là est relativement sous contrôle, contrairement à l'hospitalier ambulatoire, qui est un des plus gros facteurs d'augmentation des coûts.

Un commissaire R récapitule que l'auditionné considère la fiscalisation des subventionnements des primes maladie comme une très mauvaise tendance, car elle retarde les vraies solutions. Il souhaite, dès lors, avoir l'avis du docteur de Haller sur le PL 10547, sachant qu'il va dans cette direction, puisque tous les individus qui consacrent plus de 8% de leur revenu à leur assurance-maladie seront subventionnés.

M. de Haller relève qu'effectivement ce projet de loi va dans le sens d'une fiscalisation du problème. Il constate que les chiffres et le seuil de 8% sont des éléments qui peuvent plus facilement convaincre la population concernée. Il avance que cette solution peut résoudre le problème aigu d'une

grande partie de la population et se satisfaire de la méthode employée. Il préférerait, cependant, que de vraies solutions soient trouvées, mais cette question est d'ordre fédéral. Il regrette que le débat politique soit escamoté par ces solutions qui ne s'attaquent pas au fond du problème. Il avance que la question se posera de savoir s'il faut passer par l'impôt pour financer le système de santé ou si le système actuel sera maintenu.

Un commissaire MCG déclare qu'il a la détestable impression que les individus sont pris en otage par un système légal fédéral, mais qui est à la charge financière des cantons. Il se dit surpris par l'explosion du nombre de permanences médicales et il rapporte qu'il lui est arrivé de se présenter à l'une d'elles pour un rhume persistant et qu'un panel d'analyses lui ont été proposées. Il est d'avis qu'il y a une déresponsabilisation du patient qui s'en remet à l'assurance-maladie pour le paiement de la facture, et donc ne s'offusque pas du montant de la facture, alors que ces permanences engagent des chiffres d'affaires impressionnants. Il pense qu'une réflexion doit se faire autour de cette question et il souhaite, de ce fait, avoir l'avis de l'auditionné à ce sujet-là.

M. de Haller pense qu'il existe différents types de médecine, de patients également et qu'une différenciation doit être établie. Il reconnaît que faire un check-up complet pour une personne enrhumée n'est pas une bonne manière de pratiquer la médecine. Il relève que les coûts engendrés dans les permanences ne sont pas significatifs au niveau des coûts totaux de la santé, mais cela n'est pas une excuse. Dans le but de favoriser une médecine intelligente plus qu'une médecine de consommation, la formation du personnel médical et l'établissement de conditions et de cadres de travail sont constamment recherchés dans le domaine médical. Pratiquer une médecine dite de qualité repose également sur l'aspect économique et la gestion des moyens. Il poursuit en soulignant que de l'autre côté se trouve le patient. Il affirme qu'il aurait de la peine à soutenir une solution allant dans le sens d'une canalisation des patients ou d'une interdiction à certains accès ou prestations, car cette démarche créera des voies de traitement qui sont dépendantes de la culture et des moyens des gens. Les personnes concernées ont besoin d'un accès aux soins qui, au vu de leur situation personnelle, de leur culture ou de leur situation socio-économique, les conduit à se rendre dans une permanence ; il considère, dès lors, injuste de les empêcher d'accéder à ce genre de soins.

Le vice-président se demande si le contrôle fait par la profession ou par les assureurs est suffisamment dissuasif à l'égard des médecins pour éviter la polypragmasie.

M. de Haller affirme que des contrôles existent et sont du ressort des assureurs, au sens de la LAMal. Il rapporte que des méthodes de contrôle excessivement sommaires sont contestées, car elles empêchent de travailler correctement, démotivent les gens et font payer des personnes qui n'auraient pas à le faire. Il soutient que le système de contrôle des assureurs est insuffisant de façon notoire et, nonobstant, que le principe du contrôle n'est pas contesté par le secteur médical. Quant à la question de savoir si ces contrôles sont suffisants ou non, il souligne qu'ils permettent en tout cas de repérer facilement les pratiquants qui sortent des normes du point de vue financier. Il indique que les procès, à ce niveau-là, sont excessivement rares (1,8%). Il est d'avis, cependant, que des pistes pour enrayer l'augmentation des coûts ne sont pas à trouver dans ce domaine-là. Il soutient également qu'il ne peut être généralisé que les médecins en font trop dans leur cabinet, car ils sont soumis à un tarif fédéral, avec un point cantonal, et qu'en principe un médecin qui exagère est repéré.

Un commissaire PDC souligne que certaines questions du commissaire MCG sont pertinentes, car effectivement il est question d'un système de santé qui pousse à la croissance par un certain nombre de phénomènes évoqués par le docteur de Haller, comme les nouvelles technologies, le vieillissement de la population et le consumérisme, ainsi que le mode d'installation des médecins. Il relève que ces questions peuvent être débattues dans le cadre d'une discussion portant sur la problématique de l'augmentation des coûts de la santé. Il souhaite, cependant, revenir au PL 10547 et au subventionnement dont il est question. Il retient le postulat de M. de Haller affirmant que le subventionnement n'est pas une bonne formule par rapport au système mis en place. Il souligne, néanmoins, que cette pression des primes d'assurance-maladie va continuer à augmenter et que le subventionnement se présente comme étant la seule marge de manœuvre possible, dans le cadre de la loi fédérale, pour diminuer la pression du coût des primes sur les ménages. Il rappelle qu'un débat sur la caisse unique a eu lieu quelques années auparavant et qu'il va resurgir, mais il indique que ce processus va prendre du temps. Il est d'avis, dès lors, qu'il est nécessaire de travailler, au niveau cantonal, sur ces subsides. Il ne pense pas qu'il existe un autre moyen d'aider les familles. Il se demande toutefois si la concurrence entre les caisses maladie est un facteur d'augmentation des coûts. Quant aux coûts du système, il soutient que le développement de la médecine de premier recours peut répondre aux grands enjeux des coûts de demain en prenant en charge les maladies chroniques et par son intégration dans les structures publiques et hospitalières. Il affirme que le développement de la médecine de premier recours permettra de rendre le système de santé plus performant ces

prochaines années. Il regrette que la défense de l'ensemble du corps médical, comme le fait la FMH, couvre la visibilité de cette médecine de premier recours. Il informe que le mode d'installation des médecins de premier recours est peu soutenu. De plus, 60 à 70% de ces médecins sont des femmes qui travaillent à temps partiel et personne n'organise cette pratique de groupe qui permettrait d'avoir une meilleure coordination des soins. Il conclut en se demandant si la concurrence est un facteur d'augmentation et quelle serait la meilleure manière de promouvoir cette médecine de premier recours, tout en aidant les jeunes confrères à s'orienter vers cette médecine et à s'installer afin d'éviter une mauvaise organisation du système dans le futur.

M. de Haller soutient que la concurrence entre les caisses maladie n'a pas d'influence sur la baisse des coûts. Il affirme qu'il s'agit plutôt d'une pseudo-concurrence qui s'exerce plus au niveau de la capture des assurés. Il indique, en effet, que la valeur des prestations est donnée et n'est donc pas négociable. La concurrence entre les caisses maladie ne produit pas d'effets positifs, car la chasse aux bons risques coûte assez cher au système, que ce soit par les changements de caisses ou par une consommation médicale au niveau des assurances privées, cette chasse alimentant ces dernières. Il est d'avis que cette concurrence n'est pas une solution pour pallier la hausse des coûts, car il est convaincu que les lois du marché ne peuvent s'appliquer au système de santé de façon adéquate.

Quant à la médecine de premier recours, il reconnaît qu'il s'agit d'une piste intéressante pour exercer une certaine maîtrise sur les coûts. Il souligne qu'elle est moins coûteuse que la médecine spécialisée, mais qu'elle est en crise actuellement, faute de relève. Il déclare qu'il n'y a pas le nombre de médecins nécessaires. Il indique qu'en Suisse romande, pratiquement 60% des médecins de premier recours ont plus de 55 ans, ce qui signifie que dans dix ans ils seront à la retraite. Il constate qu'aucune solution n'est proposée pour combler ce futur, car la formation d'un médecin dure quinze ans. Quant au mode de travail, il est organisé en réseau et s'oriente vers la collaboration et les chaînes de traitement, accompagnant les patients dans l'évolution de leurs maladies chroniques. Il indique que la médecine de premier recours est un domaine par lequel peut être promue une médecine de qualité raisonnable, car le réseau est un moyen de gérer la qualité et la quantité de la médecine. Concernant la formation des généralistes, elle doit être soutenue au niveau cantonal. Il relève que le cadre légal est fédéral, alors que l'implantation est cantonale, notamment au niveau des stages en cabinet, endroit où il est possible de promouvoir la médecine générale. Il est d'avis que cette piste est intéressante dans la promotion d'une médecine de meilleure qualité et moins distendue.

Une commissaire S rappelle que le taux de 8% tel qu'il figure dans le projet de loi est basé sur un message du Conseil fédéral, mais peut être discuté. Elle se dit surprise d'entendre qu'une situation de pénurie de généralistes se profile alors qu'numerus clausus dans les facultés de médecine a été évoquée et mise en place. Elle considère ce procédé comme une incohérence au niveau politique.

M. de Haller explique que le numerus clausus est pratiqué depuis des années en Suisse alémanique. La situation en Suisse romande, en revanche, est différente, car les facultés de médecine ne recourent pas au numerus clausus ; par contre, elles filtrent parmi les étudiants de première et deuxième années. De plus, les barèmes sont fixés en fonction du nombre d'étudiants. Il s'offusque de ce procédé, car il considère qu'un barème ne se fixe pas après le passage d'un examen. Il rapporte que Genève a décidé, par conséquent, d'introduire un test dès l'année prochaine, non pas pour fixer un nombre, mais pour repérer les étudiants probablement mauvais. Il indique que le nombre total d'étudiants par année est de 1000 en Suisse. Il considère ce chiffre comme insuffisant, car une pénurie de médecins se fait ressentir. Il cite en exemple le cas des hôpitaux en Suisse alémanique qui emploient 4000 médecins allemands, afin d'éviter leur fermeture. La FMH demande à ce que ce nombre initial soit augmenté de 20%, passant ainsi à 1200 étudiants par année, afin de parer à ce déficit qui se présente. Il signale que ces 200 étudiants supplémentaires représentent également des coûts d'éducation pour les cantons, sachant qu'ils représentent 1,9 milliard de francs par année pour la Suisse qui doivent être répartis dans les cantons.

Un commissaire R souhaite connaître l'avis de l'auditionné sur le fait que les assureurs sociaux sont également autorisés à pratiquer, dans le domaine des soins, l'assurance privée, sachant que cette double fonction renferme un conflit d'intérêts. Il se demande si cette situation de conflit contribue, et par quel mécanisme, à une perte de contrôle ou à une difficulté de contrôler l'augmentation des coûts.

M. de Haller n'est pas d'avis que la fonction des caisses maladie soit un facteur d'augmentation des coûts. Il reconnaît que tout le fonctionnement du système d'assurance sociale ne modère pas les coûts, mais il ne les amplifie pas nous plus. Il ne pense pas que le fonctionnement des caisses maladie ait une répercussion sur l'explosion des coûts en médecine hospitalière. Il relève, en revanche, que dans ce fonctionnement, l'aspect pervers se cache derrière le fait que les caisses maladie ne peuvent faire de l'assurance privée, mais elles appartiennent à des consortiums qui sont constitués d'assureurs privés.

Il explique que les caisses maladie cherchent dès lors les bons risques, de jeunes patients en bonne santé qui ne coûtent pas cher, au nom des assureurs

privés, afin que ces derniers puissent leur proposer des assurances complémentaires. Il annonce que l'un de points que défend la FMH est d'exiger une séparation complète organique, économique et physique des assureurs sociaux et privés.

Le vice-président remercie M. de Haller de son intéressante intervention et retient que le système est très complexe. Il lui propose, avec sa permission, de transmettre la partie du procès-verbal concernant son audition à la commission de la santé. Il conclut en lui souhaitant un bon retour.

Un commissaire MCG adresse une dernière demande à M. Maugué. Il lui expose le cas d'un couple séparé, la mère étant seule avec ses deux enfants et travaillant à 100%. Il postule qu'elle gagne 5672 francs par mois. Si cette dernière tombe en poursuites et est en saisie, il se demande comment sera traité son cas, sachant que les minimums fixés par l'office des poursuites diffèrent de ceux déterminés par le Conseil d'Etat. Il souhaite, dès lors, que cette différence soit expliquée.

Le commissaire MCG ajoute qu'il serait bien de connaître la situation à Genève, à savoir si les personnes en poursuites pouvant bénéficier de ces prestations complémentaires sont un cas isolé et, le cas échéant, combien d'entre elles seraient concernées.

Séance du 26 janvier 2010 : audition de M. Paul Camenzind, directeur a.i., et M. Maik Roth, responsable suppléant du centre clients de l'Observatoire suisse de la santé

M. Roth expose le déroulement de la présentation ; celle-ci débutera par une introduction et un bref exposé des données clés pour le canton, afin de situer Genève par rapport aux autres cantons ; elle se poursuivra par un aperçu de la situation actuelle et se terminera par une projection sur l'évolution future du recours aux soins. Il précise, en outre, que les résultats exposés durant cette présentation proviennent du rapport sur la santé à Genève qui est en préparation à l'Observatoire suisse de la santé.

En introduction, il explique que les facteurs d'influence des changements dans le système de santé, ou les coûts, se comptent au nombre de huit, à savoir :

- 1) Le progrès médico-technique, notamment en ce qui concerne les diagnostics et les progrès dans les innovations du système d'information.
- 2) Le changement démographique, à savoir l'augmentation du niveau de vie et le changement des besoins et attentes des patients.

- 3) Le comportement de santé, notamment la responsabilité individuelle face à la santé.
- 4) Les tendances sociales générales, à savoir l'individualisation versus la solidarité.
- 5) La définition de la santé, avec une définition toujours plus élargie de la santé, ainsi que l'ouverture sur de nouveaux marchés et secteurs.
- 6) Les facteurs économiques, à savoir une économie des coûts de la santé d'une part et des patients qui se transforment en consommateurs d'autre part.
- 7) La globalisation, avec plus de concurrence dans le domaine de la santé, plus de coopération internationale aussi et la propagation plus rapide de nouvelles maladies.
- 8) Les facteurs politiques, notamment les questions de financement et de qualité, ainsi que les questions de régulation respectant la concurrence.

En ce qui concerne les données sociodémographiques clés du canton, il rappelle qu'elles ne sont pas exhaustives, le but étant avant tout de situer le canton de Genève par rapport aux autres cantons. Il explique que cette situation se traduit dans le tableau n° 4 d'une part au niveau national, et d'autre part au niveau cantonal par l'indicateur « rang », sachant que la position n° 1 indique la valeur la plus élevée. Il relève que Genève est le sixième plus grand canton de Suisse en termes de population.

Il souligne également que le canton connaît une évolution démographique favorable, avec une population jeune, la tranche d'âge des 15-34 ans étant une des plus importantes en Suisse, alors que le canton recense une des plus faibles populations de personnes âgées. Il constate que le taux de natalité à Genève est l'un des plus élevés en Suisse. Il remarque que le canton compte la proportion d'étrangers la plus élevée de Suisse. Il relève que la structure des ménages est particulière dans le canton, sachant que les ménages d'une personne seule et de familles monoparentales sont parmi les plus nombreux au niveau national. Il rappelle que le taux d'aide sociale est de 3,8% contre 3,1% au niveau national.

Il rapporte également quelques chiffres clés reflétant l'offre médicale dans le canton. Concernant le domaine ambulatoire, il note que la densité de médecins est dans la moyenne suisse, bien que le taux de médecins spécialistes est l'un des plus élevés du pays. Il en va de même pour la densité de pharmacies. Quant au domaine intra-muros, il relève que la densité des lits d'hospitalisation est comparable au niveau suisse, mais il signale que la

densité de places dans les EMS est la plus faible du pays. Il remarque que les dépenses cantonales de santé sont les plus importantes de Suisse.

Il poursuit avec un aperçu de la situation actuelle des coûts obligatoires des soins. Il précise que les indicateurs employés se rapportent principalement à l'assurance de base. Il explique que dans le graphique n° 6, les coûts intra-muros (hôpital et EMS) sont présentés séparément des coûts ambulatoires. Il constate que les coûts du domaine intra-muros sont dans la moyenne suisse et même parfois en dessous de la moyenne suisse pour les tranches d'âge de 16 à 65 ans. Il remarque, en revanche, que les coûts ambulatoires sont nettement au-dessus de la moyenne nationale, sachant que celle-ci est de 1950 francs par habitant, alors que le canton de Genève est à 2805 francs par habitant. Il explique que ces coûts varient en fonction de l'âge et des assurés, influençant les projections futures des coûts.

Il continue en rapportant l'évolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins dans le canton de Genève, selon le prestataire, durant ces cinq dernières années. Il constate que l'augmentation des coûts, dans le canton, se situe en dessous de la moyenne suisse, avec 3,9% par année contre 4,5% au niveau suisse, en particulier dans le domaine intra-muros, avec une augmentation de 4% dans le canton, alors que les coûts ont augmenté de 5,5% en Suisse. Il souligne, en outre, une réduction des coûts de 2,8% pour les EMS, alors que la moyenne suisse a augmenté de 3,8%. Il remarque également une augmentation plus modérée des coûts en ce qui concerne les pharmacies. Il constate, en revanche, une augmentation plus élevée pour les médecins, les hôpitaux ambulatoires et les soins à domicile.

Concernant la comparaison de la distribution de ces coûts entre Genève et les autres cantons, ainsi que la Suisse, il relève la particularité des faibles coûts, à Genève, du domaine intra-muros. Il explique que ce phénomène s'explique notamment par le subventionnement public élevé de ce secteur, sachant que le subventionnement s'élève à 74% (les 724 francs qui figurent dans le graphique n° 8 représentent 26% des coûts, les 74% restants étant subventionnés directement par le canton), ce qui est bien au-dessus de la moyenne suisse, le financement public du domaine intra-muros étant, en moyenne de 60% ; le canton du Tessin subventionne, quant à lui, ce secteur à hauteur de 41%. Il signale que le canton de Genève se caractérise par des coûts élevés, par assuré, pour les médecins et les pharmacies. Il explique, d'après une étude de Schleiniger, que la différence des coûts peut s'expliquer par un effet prix et un effet quantité, plus précisément que les coûts peuvent se décomposer par le nombre de prestations, de consultations et de journées d'hospitalisation (graphique n° 9). Il relève que l'effet quantité joue un rôle

plus important pour le canton de Genève. Il explique que les prix sont 15% plus élevés que dans le reste de la Suisse et que la quantité l'est de 25%.

Quant aux modèles AOS, les modèles choisis par les assurés genevois, il explique que les modèles avec capitation prévoient un remboursement au forfait, alors que les modèles sans capitation prévoient, eux, un remboursement selon les prestations individuelles. Il constate que 90% des assurés à Genève choisissent le modèle avec franchise, tandis qu'au niveau suisse ce modèle est adopté par 83% des Suisses. Il relève une forte augmentation du modèle avec capitation, qui comprend le réseau Delta, à Genève.

Concernant la réduction individuelle des primes, il explique qu'il est difficile de faire une comparaison entre cantons sur cet aspect-là, car chacun d'eux connaît un modèle différent de réduction individuelle des primes. Il constate, sur ces cinq dernières années, que pour le canton de Genève, la part des bénéficiaires de réduction des primes diminue au cours du temps pour arriver environ à la même part que dans le reste de la Suisse (30% de bénéficiaires) (graphique n° 11). Quant au rapport de réduction de la prime, il rapporte qu'il est difficile de trouver un indicateur pour mesurer la générosité du canton vis-à-vis des assurés. Il remarque que le canton de Genève avait un rapport un peu plus élevé que la Suisse en 2003, mais que finalement il s'est rangé au niveau suisse au fil du temps. Il conclut, dès lors, que l'augmentation des coûts dans le domaine de la santé a eu comme conséquence, à Genève, une réduction des bénéficiaires, mais pas des prestations. Il rappelle qu'il est difficile de comparer entre les cantons le modèle de réduction individuelle des primes, mais il indique qu'il existe un monitoring sur le site de l'Office fédéral de la santé publique qui compare tous les différents systèmes cantonaux sous la forme graphique. Le graphique n° 12 en est un exemple ; il illustre, pour un couple avec deux enfants, la charge de la prime en pourcentage du revenu disponible (courbe bleue). Il souligne que l'objectif de 8% du revenu imposable proposé dans le projet de loi équivaut à 6% du revenu disponible, sachant que le calcul se fait après déduction des impôts. Il montre que toute la charge au-dessus de la ligne rouge dépasse par conséquent l'objectif.

Il poursuit avec les projections futures en tenant compte des aspects démographiques, à savoir l'évolution de la population pour deux groupes d'âge de 2008 à 2050. Il indique que ces projections proviennent de l'Office fédéral de la statistique. Il constate que la classe d'âge de 0 à 64 ans connaîtra une évolution relativement stable. Il relève, en revanche, que l'évolution de la population âgée de plus de 65 ans sera différente suivant les cantons, le canton de Fribourg connaissant la croissance la plus élevée de cette classe

d'âge, alors que Genève aura une évolution de la population âgée plus favorable par rapport à la Suisse. Il explique que pour une personne de plus de 65 ans, en 2008 dans le canton de Fribourg, il y aura plus de 2 personnes en 2050, alors qu'à Genève, pour une personne de plus de 65 ans en 2008, il y aura 1,5 personne en 2050. Il rapporte que ces projections démographiques provoqueront des conséquences sur le domaine ambulatoire, notamment le recours aux consultations médicales en cabinet privé (graphique n° 14). Il remarque une augmentation des consultations ambulatoires pour les personnes de 0 à 65 ans, ainsi que pour les personnes de plus de 66 ans, mais cette dernière sera plus favorable dans le canton de Genève, par rapport à la Suisse. Il explique que seul est mis en évidence le facteur quantité, l'évolution des coûts n'étant pas calculée dans ces projections. Il indique qu'il faudrait, dès lors, multiplier ces indications par le coût par assuré pour connaître le volume des coûts que cette évolution démographique représenterait. Il informe que le secteur intra-muros connaîtra une évolution favorable dans le canton de Genève (graphique n° 15).

Il conclut par une synthèse de ces résultats. Concernant la situation actuelle, il rappelle : que les coûts intra-muros sont comparables à la moyenne suisse, mais que les coûts ambulatoires sont élevés ; que l'augmentation des coûts se situe en dessous du niveau suisse ; que les modèles avec capitation gagnent de l'importance ; et qu'il y a une réduction du nombre de bénéficiaires des réductions individuelles des primes. Quant aux projections futures, il rapporte que Genève connaîtra une évolution démographique favorable, mais qu'une augmentation du volume des consultations ambulatoires pour les personnes âgées se fera ressentir, ainsi qu'une augmentation modérée des journées d'hospitalisation dans le domaine intra-muros.

Un commissaire L se réfère au tableau n° 7 et se demande quelle aurait été l'évolution moyenne annuelle des coûts des hôpitaux à Genève si l'évolution des coûts intra-muros et celle des coûts ambulatoires avaient été comptabilisées ensemble. Il souhaiterait savoir si ce chiffre peut être donné. Il se demande également, concernant le tableau n° 9, si le prix revient à dire qu'il s'agit de l'effet du nombre de spécialistes, la quantité représentant la densité médicale.

M. Camenzind répond à la première question que la somme des deux rubriques équivaut à la même augmentation des coûts (environ 12%).

M. Roth complète en indiquant que l'augmentation annuelle moyenne des coûts pour les hôpitaux à Genève est de 5,8%, alors qu'elle est de 5,9% pour la Suisse.

M. Camenzind reconnaît que les spécialistes pourraient être plus significatifs pour les prix, mais il précise qu'il faudrait trouver des études qui puissent prouver ces postulats. Quant à la quantité, il indique qu'elle représente effectivement la densité médicale (médecins généralistes et spécialistes).

Un commissaire R reprend la conclusion des auditionnés exposant que les coûts intra-muros sont comparables à la moyenne suisse. Il relève, cependant, que seuls sont pris en compte les coûts de l'assurance obligatoire, alors que la part de la subvention cantonale ne l'est pas. Il se demande, dès lors, pour faire une analyse comparée avec les autres cantons, si la part de subvention publique est plus ou moins identique dans les cantons, notamment à Bâle, qui ont des hôpitaux de formation universitaire.

M. Roth indique que dans le canton de Bâle, le subventionnement s'élève à 64% contre 74% à Genève. Il précise que ces chiffres comptabilisent uniquement les prestations, les investissements n'entrant pas dans ce calcul.

M. Camenzind rapporte que Zurich subventionne les hôpitaux à hauteur de 59%, contre 55% dans le canton de Vaud et 41% au Tessin.

Un commissaire MCG demande aux auditionnés s'ils ont également des données quant à l'évolution des primes et de leurs coûts.

M. Roth acquiesce.

Le commissaire MCG relève qu'une mise en perspective de l'évolution des coûts avec celle des primes, dans les cantons considérés, n'a pas été abordée lors de la présentation. Il souhaiterait, dès lors, connaître l'évolution moyenne des primes, pour le canton de Genève, durant la période 2003-2007, sachant que les coûts de l'assurance obligatoire des soins ont, eux, évolué de 3,9% dans le canton.

M. Roth indique qu'au cours de ces cinq dernières années, les franchises ont varié (des franchises de 500, 1000 et 1500 francs ont été introduites à partir de 2005) rendant la comparaison de cette augmentation moyenne des primes très délicate. Il explique que pour procéder au calcul de l'augmentation des primes, il serait nécessaire d'évaluer ce critère pour chacun des modèles d'assurance et chacun des modèles de franchise. Il rapporte que ces calculs ont été effectués jusqu'en 2004, mais que les changements de franchise ont rendu ce calcul très délicat à faire, raison pour laquelle ils ont préféré comparer, dans le rapport, la prime moyenne dans le canton de Genève à la prime moyenne suisse sans la présenter dans le cours du temps.

M. Camenzind ajoute que, d'après les statistiques de l'OFSP concernant les réserves cantonales, Genève possède un taux de réserves assez élevé. Il

relève que bien que trop de primes ont été certainement demandées ces dernières années, d'après cet indicateur des réserves, il est d'avis que celles-ci permettront d'éviter des hausses plus élevées dans le futur. Il précise que ces constatations doivent néanmoins être vérifiées plus en profondeur, les statistiques concernant l'augmentation des primes moyennes ne donnant qu'un aperçu basique.

Le commissaire MCG se demande s'il est possible d'obtenir des chiffres qui reflètent la part supportée par les assurés d'un canton déterminé des coûts de la santé en tenant compte, à la fois, de la franchise, de la participation et des primes, plus précisément de connaître, pour une année complète, combien ont payé les Genevois pour leur prime et savoir si les franchises ont été supportées par les assurés ou pas.

M. Roth indique que les factures qui ne sont pas transmises par les assurés aux assureurs ne sont pas comptabilisées, ce qui biaise un peu les données, sachant que la participation aux coûts des assurés se mesure à partir des factures transmises.

Le commissaire MCG lui demande si ces indications, concernant la participation, figurent dans les tableaux exposés lors de la présentation.

M. Roth se réfère au tableau n° 7 et indique que dans le coût total de 1,533 million de francs est comprise la participation aux coûts des assurés.

M. Camenzind dit que le volume des primes peut être calculé, avec quelques restrictions.

Le commissaire MCG se rapporte au tableau n° 5 et souhaite savoir si ce qu'entendent les auditionnés par « dépenses cantonales » ce sont les subventions versées par le canton.

M. Roth répond qu'il s'agit effectivement des subventions, rapportées au nombre d'habitants. Il précise que ces données sont issues de l'Administration fédérale des finances.

Le commissaire MCG en conclut que Genève est le canton qui participe le plus, par tête d'habitant, aux coûts de la santé.

Un commissaire R revient sur le graphique n° 8 et relève que la part du coût LAMal, qui inclut la subvention, n'est pas prise en compte pour exprimer le coût par personne assurée pour le secteur hospitalier. Il est cependant d'avis que pour procéder à une comparaison entre cantons, il serait important que le coût LAMal des prestations hospitalières apparaisse dans ce tableau. Il demande dès lors aux auditionnés si ces données, avec les mêmes comparateurs cantonaux, peuvent être transmises à la commission.

M. Camenzind acquiesce.

Un commissaire L précise que les données représenteraient les dépenses par assurés dans le cadre de la LAMal.

Un commissaire PDC ajoute que dans le domaine des soins à domicile, un subventionnement cantonal est également pratiqué. Il suggère, par conséquent, que cette donnée soit prise en compte pour le calcul des coûts globaux. M. Camenzind lui répond que calculer la répartition de la part cantonale entre les différents prestataires résultera difficile sans chiffres provenant du canton, étant donné que seule la part de la répartition globale du subventionnement est connue. Il répond que ce calcul pourra se faire globalement, mais non par prestataires.

Une commissaire Ve se demande si les coûts hospitaliers figurant dans les tableaux représentent uniquement les coûts LAMal.

M. Roth lui répond qu'effectivement il ne s'agit que des coûts LAMal.

Une commissaire S revient sur le tableau n° 11 et se demande s'il s'agit uniquement des subsides ordinaires ou si sont également inclus les personnes à l'aide sociale et les bénéficiaires de prestations complémentaires. Elle souhaite également savoir si des chiffres antérieurs à 2003 existent.

M. Roth lui répond que toute la série de données, depuis 1996, existe. Quant à la première question, il précise qu'il doit vérifier si ces données incluent les personnes à l'aide sociale.

La commissaire S souhaite, dès lors, avoir l'ensemble des chiffres.

La présidente demande aux auditionnés si, une fois vérification faite, ces données pourraient être transmises à la commission.

M. Camenzind acquiesce.

Un commissaire PDC souligne que Genève dispose d'environ 30 000 internationaux en possession d'assurances internationales. Il demande aux auditionnés s'ils peuvent utiliser ces données comme standard de façon à définir l'évolution de ce groupe et savoir ainsi ce qu'il en est de Genève par rapport au reste de la Suisse.

M. Camenzind répond que les internationaux ne sont probablement pas inclus dans les coûts de l'assurance de base, mais il annonce que cette indication sera également vérifiée. Il pense qu'un compte séparé (nationaux-internationaux) existe à l'OFSP.

Un commissaire MCG demande aux auditionnés d'inclure les frontaliers dans le groupe « internationaux » mentionné par le commissaire PDC, sachant qu'ils ne sont pas assujettis à la LAMal. Il interroge l'auditionné afin de connaître son avis personnel quant aux montants taxés aux Genevois en

relation avec les coûts de la santé et lui demande s'il les considère comme justifiés ou non.

M. Camenzind répond par l'affirmative.

Audition de M. Nello Castelli, délégué aux relations suisses latines de Santésuisse

La présidente remercie l'auditionné d'avoir répondu par la positive à l'invitation de la commission. Elle lui explique que dans le cadre de l'étude du PL 10547, visant à toucher la question des subsides d'assurance-maladie dans le canton de Genève, un certain nombre de questions se sont posées, notamment sur l'évolution des coûts de la santé, raison de sa présence. Elle lui cède dès lors la parole pour son exposé.

M. Castelli remercie la commission de l'accueillir et de lui offrir la possibilité d'expliquer certains points concernant les coûts de la santé spécifiquement pour le canton de Genève. Il rapporte qu'il lui a été difficile d'évaluer quel était l'intérêt de la commission pour les coûts de la santé, à savoir s'il s'agissait de soulever plus particulièrement la question du subventionnement ou de façon sous-jacente celle ayant trait aux coûts de la santé, les deux questions étant liées. Il indique qu'il est un peu difficile de faire des prévisions concernant les primes pour l'année prochaine, car le système veut que ces dernières se basent sur trois années, à savoir l'année de l'exercice précédent (2009), l'année de l'exercice en cours (2010), une évaluation n'étant possible que sur les quatre premiers mois, le temps que les statistiques soient mises à jour, étant donné que les assureurs doivent transmettre leurs primes à l'Office fédéral de la santé publique au mois de juillet ; se préparent ensuite les prévisions des coûts, des tendances, pour l'année suivante. Deux entités se chargent de ces prévisions, à savoir le COF (Winterthur) et l'OFSP. Quant aux coûts globaux, quatre types de statistiques sont établis par Santésuisse et l'OFSP conduit également une évaluation sur la prime proposée par les caisses maladie d'après les chiffres consolidés des différentes comptabilités transmises par ces dernières. Il rapporte un dernier cas de jurisprudence d'un recours déposé par Assura, dans lequel le Tribunal fédéral des assurances affirme que le Conseil fédéral ne peut imposer aux assureurs-maladie une baisse de leur prime maladie, à défaut de base légale dans la LAMal. Il considère cette jurisprudence regrettable, car il lui semble judicieux d'avoir des primes qui correspondent à l'évolution des coûts.

En ce qui concerne le canton de Genève plus particulièrement, il rapporte qu'une baisse des coûts de 2,6% était enregistrée en 2006, suivie d'une augmentation positive de l'ordre de 1,8% en 2007 et de 5,8% en 2008. Il

précise que les augmentations les plus significatives se rencontrent auprès des médecins en cabinet (6%) et dans le milieu hospitalier, qu'il soit ambulatoire ou stationnaire (entre 7 et 9%). Il indique que la tendance de l'ambulatoire est une tendance qui se constate au niveau national, tandis que celle du stationnaire est particulière à Genève. Il explique que le virage de l'ambulatoire opéré dix ans auparavant consistant à transférer les patients dans l'ambulatoire plutôt que de les maintenir pendant une longue durée à l'hôpital, était un virage médical souhaité et que, par conséquent, l'augmentation en résultant l'était également. Il rappelle que ce transfert s'explique notamment par de mauvais incitatifs, sachant que le financement de l'ambulatoire est pris en charge à 100% par les caisses maladie, alors que celui du système stationnaire est pris en charge à 50% par les cantons et les caisses maladie. Il relève que l'augmentation du nombre de cabinets est restée assez stable grâce à un système qui permet une certaine neutralité des coûts (maîtrise des coûts).

Quant aux prévisions pour le canton de Genève, il indique qu'il ne peut donner en l'état que les chiffres de 2009, à savoir les chiffres qui figurent dans le monitoring de l'OFSP. Il mentionne que cette tendance a été voulue par l'OFSP pour permettre un monitoring régulier des coûts et éviter ainsi certaines surprises. Il rapporte que la tendance évaluée pour l'année 2009, après trois trimestres, est de l'ordre de 1% globalement. Il précise que les résultats du dernier trimestre sont attendus afin d'avoir une évaluation globale des coûts de la santé pour le canton de Genève. Il annonce, néanmoins, que l'augmentation des coûts semble être inférieure à celle de 2008. Il envisage, sur cette base-là, les primes devant être le report du coût, une augmentation moyenne des primes plus basse pour l'année 2010 dans le canton de Genève. Il précise toutefois que cette analyse est faite avec de grands contours, la proposition de chacune des caisses maladie étant prenante. Il ajoute qu'un élément fondamentalement important pour le calcul des primes depuis deux ans est celui des réserves cantonales. Il précise que la LAMal n'institue pas de réserves cantonales, la constitution de celles-ci s'expliquant plutôt par le fait que les assureurs sont des entreprises fédérales qui font des réserves pour la solvabilité de leur entreprise. Il mentionne, néanmoins, que l'OFSP calcule depuis 2002 des réserves mathématiques qui peuvent être consultées sur le site de l'Office. Il indique que pour le canton de Genève, ces réserves ont évolué en fonction des primes qui ont été demandées. Il commente, en effet, que Genève s'est retrouvée en dessous du minimum légal établi pour les réserves au niveau national, entre 1997 et 2002, alors qu'à partir de 2003 les primes requises ont été plus importantes que les coûts, permettant ainsi de constituer des réserves très élevées. Il

ajoute que la prime demandée à Genève l'année précédente correspond à une prime moyenne de 4%, calculée d'après les réserves cantonales à disposition, les coûts de la santé, évalués sur l'exercice des trois années comme exposé en début de présentation, et la tendance en 2009. Il conclut, à son sens et en n'engageant par ces propos que Santésuisse, que l'augmentation des coûts de la santé devrait être limitée pour l'année prochaine dans le canton de Genève, et donc en conséquence celle des primes également.

Un commissaire R retient qu'un minimum légal des réserves est fixé, mais se demande si le montant total des réserves est dicté par Santésuisse et avalisé par l'OFSP.

M. Castelli informe que Santésuisse n'a aucune responsabilité en matière de primes. Il commente qu'il apprend très souvent le montant de la prime moyenne par les médias, car les membres de Santésuisse ne communiquent pas l'augmentation prévue, compte tenu de la forte concurrence pratiquée entre les assureurs. Il rapporte, par ailleurs, que ces derniers doivent trouver des alliances entre eux, voire fusionner, car cette concurrence exerce une forte pression sur les primes. Il rappelle qu'il y a encore vingt ans, la Suisse comptait pas moins de 1000 assureurs-maladie, alors qu'actuellement ils sont 87 sur le marché, 25 si les fusions sont prises en compte. Il soutient que Santésuisse reçoit dès lors très peu d'informations et que la prime est proposée par chaque assureur à l'OFSP.

Le commissaire R se dit étonné de constater ces augmentations des primes en dents de scie, alors que les coûts de la santé sont linéaires. Il demande à l'auditionné son avis sur les facteurs qui peuvent expliquer ce phénomène, plus précisément si justement cette concurrence entre les caisses maladie est l'une des causes de cette augmentation des primes.

M. Castelli est d'avis que de parler d'augmentation linéaire des coûts de la santé est un raccourci. Il lui semble peu correct d'affirmer qu'il est possible de ne pas connaître une augmentation des coûts de la santé. Il souligne que cette augmentation est par contre variable et donne, pour appuyer ses propos, la croissance par tête de ces dernières années, à savoir une augmentation passant de 5,5% à 5,2% en 2002, chutant à 0,9% en 2006 (négociation Paquet Pharma), augmentant à nouveau de 3,7% en 2007, et 4,2% en 2008. Il relève, dès lors, une certaine variation dans ces augmentations. Il ajoute qu'il est difficile de prévoir l'ordre d'une augmentation une année à l'avance, car il n'est pas évident de mesurer quelle sera l'efficacité des mesures adoptées pour limiter les coûts de la santé. Il cite comme exemple le Paquet Pharma négocié par M. Couchepin qui a permis une baisse des coûts de la santé en 2006, reportée en 2007, année de la votation sur la caisse unique. Il explique, à l'aide d'un graphique de l'OFSP,

que les assureurs ont comptabilisé des pertes financières jusqu'en 2000. Afin de suppléer à ce manque, ils ont dû puiser dans les réserves, avec pour conséquence une importante augmentation du coût des primes, afin de reconstituer les réserves. Il explique qu'actuellement la Suisse connaît la même situation qu'en 2002, les années 2008 et 2009 appelant à puiser dans les réserves à nouveau. Il relève toutefois un bémol, celui des réserves cantonales, et assure que Genève devrait bénéficier des réserves mathématiques. Il rapporte, de plus, qu'une adéquation des primes entre les cantons va se faire sur une certaine période (jusqu'en 2012).

Un commissaire PDC reprend la question du commissaire R en relevant que selon les statistiques de l'Observatoire suisse de la santé, les coûts de la santé sont en augmentation linéaire, alors que les chiffres transmis par l'OFSP reflètent des coûts en dents de scie. Il dit ne pas comprendre cette évolution des coûts mesurée par l'OFSP, alors que les informations sont transmises par les assurances-maladie, et il soulève par conséquent un problème de récolte des données. Il souhaite, dès lors, que l'auditionné explique ces phénomènes de dents de scie.

M. Castelli admet que les statistiques de Santésuisse, qui sont livrées trimestriellement dans le monitoring, figurant sur le site de l'OFSP, sont des données de Santésuisse. Il précise qu'il est toutefois signalé, à titre de note explicative, que l'analyse de ces statistiques doit se faire avec une certaine prudence, car il s'agit de données recueillies trimestriellement et que certains retards, dans les hôpitaux ou dans la facturation par exemple, peuvent avoir des effets sur les conclusions pouvant être tirées de ces informations. Il ajoute que Santésuisse établit une statistique mensuelle avec ce qui est livré par les caisses maladie, tenant en compte le facteur de la livraison par les prestataires de soins qui peuvent avoir du retard ainsi que les caisses maladie qui doivent les intégrer dans la statistique. Raison pour laquelle il est mentionné dans le monitoring qu'il est nécessaire de posséder six mois de chiffres avant de commencer une analyse. Il ajoute que les chiffres donnés sur une année, recueillis jusqu'au 31 décembre, sont préparés soit en fonction des prestataires du canton soit en fonction des assurés du canton. Il précise que la statistique prévalant est la statistique des assurés, à savoir les résidents de Genève, car la prime sera calculée en fonction de ces derniers. Il indique que cette statistique n'est pas celle du monitoring et qu'il est nécessaire, dès lors, d'attendre trois ou quatre mois pour avoir une bonne statistique. Il répète qu'il existe donc deux statistiques jusqu'au 31 décembre, en fonction de la comptabilité soit des factureurs soit des assurés. Il informe, néanmoins, qu'une autre statistique, toujours en fonction soit des factureurs soit des assurés, compte davantage ; il s'agit de la statistique en fonction du début du

traitement. Il déclare, par conséquent, qu'il est nécessaire d'attendre six mois de l'année suivante afin d'avoir une statistique qui mette en évidence les chiffres réels, par assuré en fonction de la date du début du traitement. Il commente que tout le problème de cette évaluation faite dans les coûts de la santé repose sur des données provisoires pour lesquelles le correctif ne peut se faire que l'année suivante.

Une commissaire S revient sur la question des réserves genevoises et souligne que le canton compte plus de 40% de réserves, alors qu'il connaît le deuxième plus haut taux de la prime moyenne de toute la Suisse en comparaison avec d'autres cantons qui eux ne constituent pas de réserves. Elle relève que ces cantons pratiquent une prime moyenne de 180 francs de moins qu'à Genève. Elle se demande, dès lors, pourquoi les cantons qui ont des réserves importantes continuent à en constituer et pourquoi les primes moyennes des autres cantons ne sont pas augmentées.

M. Castelli soutient que cette question est proche des préoccupations de la société. Il constate que la commissaire S a mis en évidence que l'augmentation de la prime moyenne est la deuxième plus haute à Genève. Il rapporte que les coûts d'un assuré genevois sont cependant le double par rapport aux cantons les moins chers.

Il rapporte, en effet, que ces coûts s'élèvent à 3000 francs pour un assuré genevois, alors qu'ils sont moitié moins chers dans les cantons de la Suisse primitive. Il souligne une autre différence, celle des coûts moyens par patient des médecins genevois qui s'élèvent à plus de 1000 francs, alors que la moyenne suisse tourne autour de 500 francs. Il remarque qu'il existe un facteur coût à Genève qui place le canton dans les premiers rangs des cantons ayant les coûts les plus élevés. Quant aux réserves, il avance que les réserves cantonales devraient permettre une augmentation limitée en moyenne.

La commissaire S lui demande si, quelles que soient les réserves, une augmentation aura lieu.

M. Castelli confirme en expliquant que les coûts doivent être couverts. Il rappelle que l'augmentation des coûts a été de 6% en 2008. Il soutient, cependant, que l'augmentation devrait être limitée, notamment grâce aux réserves cantonales.

Un commissaire L se demande comment il se fait que pour les mêmes prestations des différences de prix vont être constatées en fonction des caisses. Il souhaite également savoir si une mutualisation des réserves entre assureurs permettrait de lisser les sauts de compensations évoqués antérieurement. Il s'interroge également sur la possibilité de plafonner

l'augmentation des primes tout en couvrant l'augmentation des coûts de la santé par l'impôt.

M. Castelli relève que le travail mathématique d'un expert en assurance est d'évaluer quelle sera la prime en fonction des coûts. Il rappelle, de plus, que l'objectif des réserves doit servir à la sécurité de l'entreprise. Il est, dès lors, d'avis que la mutualisation des réserves va à l'encontre de l'objectif de la réserve, la volonté de calculer au plus juste la prime perdant de son importance. Il rapporte que plus aucun incitatif à établir une prime au plus proche des coûts réels ne sera présent, sachant qu'en cas de déficit l'Etat viendra le suppléer, raison pour laquelle il répète que la mutualisation ne lui semble pas être une bonne solution. Il reconnaît que le reproche peut être fait quant à la vision très pessimiste adoptée par les cantons de Genève et de Vaud concernant leurs coûts réels respectifs. Concernant la différence des prix, il rappelle que la concurrence entre les caisses maladie est voulue par la LAMal et il précise que cette concurrence repose sur les coûts administratifs.

Un commissaire MCG demande à l'auditionné s'il est exact que la prime moyenne de 2010 a augmenté de 4,1% dans le canton de Genève.

M. Castelli confirme en précisant qu'il s'agit de la prime moyenne pour un adulte, avec une assurance-accident et une franchise de 300 francs.

Le commissaire MCG lui demande si les premiers éléments du premier trimestre de l'année 2009 étaient déjà connus lorsque les demandes de hausse des primes ont été déposées auprès de l'OFSP en juillet 2009.

M. Castelli répond que les éléments connus des assureurs sont ceux du premier trimestre.

Le commissaire MCG intervient en demandant s'il s'agit forcément d'une augmentation inférieure à 1%.

M. Castelli nie et ajoute qu'il est nécessaire de faire preuve de beaucoup de précautions quant à ces trois mois de chiffres, car ils sont souvent fortement influencés par la livraison des données par les prestataires de soins et les caisses maladie.

Le commissaire MCG demande à l'auditionné si aujourd'hui, rétrospectivement, il admet que la hausse demandée pour le canton de Genève était excessive pour l'année 2010.

M. Castelli nie en soulevant que l'augmentation des coûts de la santé, à Genève, était supérieure à la prime moyenne.

Le commissaire MCG l'enjoint à reconnaître que les projections faites quant à l'année 2010 ont été pessimistes, sachant que la hausse moyenne des

primes en 2010 a été fixée à 4,1% alors que la hausse des coûts du premier trimestre de 2009 s'élevait à 1%.

M. Castelli admet que la demande est pessimiste, mais que cette dernière doit tenir compte non seulement de 2010, mais également de l'année 2008, étant donné que les coûts de 2008 ne sont connus définitivement par les assureurs que l'année suivante. Il ajoute que Genève a connu une baisse de la prime en 2008 et 2009.

Le commissaire MCG lui demande s'il n'est pas en train d'expliquer que la hausse de la prime de 2010 couvre en partie ce qui n'a pas été suffisamment encaissé en 2008 et 2009. Il rappelle que les primes de 2010 doivent couvrir les coûts de la même année et il espère qu'il ne s'agit pas d'un rattrapage des coûts de 2008.

M. Castelli relève que le système veut qu'une anticipation pour l'année suivante soit observée, alors que les coûts de l'année précédente ne sont pas connus.

Le commissaire MCG reconnaît cette anticipation qu'il qualifie tout de même de pessimiste en demandant une hausse de 4,1%.

M. Castelli pense qu'au vu de l'évolution actuelle l'augmentation des primes, dans le canton de Genève, devrait être plus limitée en tenant compte de cet aspect-là d'une part et des réserves cantonales d'autre part.

Un commissaire L informe que l'Association des médecins de Genève a lancé une initiative populaire visant à empêcher les assureurs offrant les prestations de base de proposer des prestations complémentaires et inversement. L'hypothèse avancée par les initiants serait que l'assurance complémentaire servirait à financer l'assurance de base. Il se demande, dans un premier temps, si cette hypothèse se vérifie et dans un deuxième temps quelle serait l'incidence sur les primes d'assurances de base d'une éventuelle acceptation de cette initiative.

M. Castelli rappelle que le Parlement a déjà rejeté cette proposition, notamment en raison de l'augmentation des primes de l'assurance de base que provoquerait l'acceptation de cette suggestion. Il indique que l'OFSP accepte que l'assurance complémentaire finance l'assurance de base. Il ajoute que ce principe-là permet de proposer des primes d'assurances basses.

Le commissaire L se demande si une évaluation de ce financement existe.

M. Castelli répond par la négative.

Le commissaire L répète donc qu'une séparation telle que préconisée dans ladite initiative provoquerait une augmentation des coûts de l'assurance de base.

M. Castelli confirme.

Une commissaire Ve dit ne pas comprendre une augmentation des cotisations d'assurance malgré les taux de réserves que connaît Genève.

M. Castelli lui suggère de poser cette question à l'office de contrôle qu'est l'OFSP.

Un commissaire Ve indique à l'auditionné que si le gouvernement présentait des chiffres de la même manière qu'il est fait présentement, le budget ne lui serait jamais accordé.

M. Castelli relève que dès qu'il s'agit d'évaluer un budget la même problématique se pose quelle que soit l'entité concernée et il souligne que le canton de Genève s'est retrouvé selon les années soit bénéficiaire soit déficitaire par rapport aux anticipations avancées. Il prend l'exemple de la France et indique que l'anticipation calculée sur le budget a été sous-évaluée par rapport aux coûts réels provoquant un déficit du gouvernement se chiffant à 30 milliards. Il souligne que l'anticipation est une chose et que le financement en est une autre, car les coûts doivent être couverts.

Séance du 2 février 2010 : suite des travaux

M 1916 – Bouclier LAMal contre la paupérisation de la classe moyenne

(Note du rapporteur : cette proposition de motion n'ayant finalement pas été traitée dans les délais impartis par cette commission, elle est donc passée à la séance plénière du GC du 11 avril 2014 et a été rejetée. Comme elle traite de la même problématique et a été discutée durant cette séance de la commission, les propos tenus sur cette motion sont maintenus dans ce rapport.)

La présidente cède la parole à M. Bertinat, afin qu'il présente la M 1916 à l'ensemble de la commission.

M. Bertinat explique que la M 1916 est à la fois un constat d'une situation actuelle et une interpellation assez angoissée pour les prochaines années si la situation présente continue à se détériorer par l'augmentation constante des primes de l'assurance-maladie qui péjore la classe moyenne. Il précise qu'il entend par classe moyenne la tranche de personnes qui touchent un revenu entre 80 000 et 120 000 francs par année, plus précisément des individus qui travaillent à plein temps et ont plusieurs enfants. Or, il constate que ce sont essentiellement les personnes de cette classe qui éprouvent de plus en plus de peine à dégager les revenus nécessaires pour vivre. Il ajoute que les familles composées d'enfants sont, quant à elles, encore plus pénalisées à tel point qu'elles se trouvent en dessous de ce que peut offrir l'aide à travers les

normes CSIAS. Il déclare que le tableau en page 6 de la motion est assez révélateur de la situation actuelle, plus exactement de celle en 2006, les chiffres ayant depuis lors changé. Il précise, en effet, que le chiffre 2006 du revenu brut de 7027 francs et passé aujourd'hui à 8200 francs. Il pointe le fait que cet élément sous-entend que les personnes qui peuvent bénéficier des normes ICIAS sont des individus qui peuvent dégager 98 000 francs par année. Il s'aperçoit que des seuils critiques commencent donc à être atteints et craint non seulement que les fins de mois deviennent toujours plus difficiles, mais également une démotivation des gens à travailler, voire une incitation au travail au noir. Il ajoute qu'il est de plus nécessaire d'intégrer, dans les prévisions 2010, l'augmentation de 1% de la cotisation pour l'assurance-chômage et celle du taux de la TVA. Il constate, dès lors, qu'au lieu de rechercher de nouvelles ressources de financement, les familles sont à nouveau pénalisées et croulent sous des charges fiscales supplémentaires. Il s'adresse au département et lui adresse une demande d'estimation des revenus disponibles, pour ces prochaines années, en tenant compte de la croissance des primes basses, moyennes et élevées, sachant qu'il a été annoncé, lors de l'audition de M. Castelli (Santésuisse), que les primes continueront d'augmenter. Il s'aperçoit que si cette courbe est suivie, la hausse des primes sera de 60% d'ici aux six prochaines années, réduisant ainsi le revenu disponible de 35%, pour une famille de cinq personnes, à 25%. Il en conclut que cette ponction sur le revenu disponible va rendre la situation de ces familles extrêmement difficile. Il ajoute que ces familles vont également élargir tout le dispositif CSIAS et que cela aura un coût fabuleux pour les finances de l'Etat. Il attire l'attention des commissaires sur la page 10 où figure une évaluation faite selon les possibilités de son parti.

Il commente qu'environ 32 000 ménages seraient touchés et que l'allocation d'une aide financière ne se monterait qu'à quelques 61 millions de francs pour autant que ne soit pas pris en compte l'enlèvement de 50% pour enfants et jeunes adultes déjà pris en charge par le SAM, car à ce moment-là le coût serait de 30 millions pour l'Etat. Il est d'avis que ce projet est accessible aux finances de l'Etat, moyennant une discussion budgétaire. Au-delà des chiffres avancés et des mesures à prendre, il considère qu'une analyse de la situation et une projection dans l'avenir seraient les bienvenues, afin de voir non seulement vers quelle voie mène ce type d'aide sociale, mais également d'estimer les revenus que peuvent dégager les familles qui travaillent.

Un commissaire PLR considère que l'intervention de M. Bertinat est assez complète, y compris dans l'estimation des coûts. Il s'adresse dès lors aux représentants du département et leur demande s'ils confirment cette

approximation chiffrée, avancée par le député, sous réserve d'une étude plus approfondie.

M. Maugué répond que les éléments qu'il a en main ne lui permettent absolument pas de confirmer les coûts, compte tenu d'un certain nombre de paramètres, tels que les subsides sociaux ou la manière dont ces estimations ont été calculées. Il assure, dès lors, que la partie chiffrée de la motion mérite d'être plus approfondie. Il souligne, toutefois, qu'il s'agit d'une situation différente du PL 10547, qui est en lien avec la progressivité de l'impôt, alors que la motion traite d'un revenu disponible, déductions d'impôts comprises. Il conseille, dès lors, que la commission fasse appel au département des finances, afin de chiffrer les éléments allégués dans cette motion.

Le commissaire PLR relève un élément satisfaisant dans cette motion qui est le concept de bouclier fiscal.

Un commissaire Ve estime que la troisième invite de la motion n'est pas claire et il désire avoir une précision quant au plafonnement souhaité, à savoir si le revenu disponible net d'un minimum de 60% se calcule après paiement des primes d'assurance-maladie uniquement ou également après paiement de l'impôt.

M. Bertinat précise qu'il est entendu par revenu disponible net le revenu brut moins les cotisations sociales, l'impôt sur le revenu et les primes d'assurance-maladie.

Le commissaire PLR relève que cette motion comporte une acception plus large du bouclier fiscal actuel.

Un commissaire PLR retient que le plafonnement souhaité dans la motion intervient sur la base de la prime moyenne cantonale. Il rappelle, néanmoins, qu'un grand nombre de familles genevoises choisissent des primes d'assurance-maladie avec des franchises bien plus élevées. Il se demande, dès lors, si ces familles seront invitées à prendre des primes d'assurance-maladie plus chères, afin de bénéficier du bouclier LAMal. Il est d'avis que l'application de ce bouclier sera problématique et il souhaite, par conséquent, connaître la position de l'UDC sur cette question.

M. Bertinat lui répond que la prime moyenne cantonale est un critère sur lequel il est possible de se baser pour effectuer ces calculs.

Le commissaire PLR précise que l'assurance-maladie est déjà prise en compte dans le calcul des impôts.

La présidente ajoute que le calcul du revenu net disponible, selon la motion, signifierait une double prise en compte des primes d'assurance-

maladie, à savoir une première fois dans la déclaration d'impôts et une deuxième fois dans le calcul proposé dans la motion.

Un commissaire PLR souhaite comprendre de quel impôt parle la motion UDC, à savoir s'il est question de l'imposition cantonale sur le revenu ou également de l'impôt fédéral direct sur le revenu.

M. Bertinat rappelle que cette motion est une démarche cantonale et ne propose pas, dès lors, de toucher à l'impôt fédéral. Il précise que cette demande d'octroyer aux familles les moyens nécessaires, afin qu'elles puissent dégager ces 60%, ne circonscrit pas la solution uniquement dans une approche fiscale, mais que des prestations complémentaires, par exemple, peuvent convenir. Il soutient que différents leviers peuvent être actionnés et qu'il s'agit, dès lors, d'évaluer la meilleure façon de parvenir au but visé.

Un commissaire L se demande quel critère fixe l'octroi d'un subside à une personne détenant une fortune mobilière, résidence principale, sachant qu'elle constitue une fortune privée, plus précisément si une dette hypothécaire est déduite du capital mobilier.

M. Bertinat souligne que cette personne consacre, par mois, une somme à son habitation et que l'achat de sa résidence l'exclue de toute aide sociale. Il relève que cette différence de traitement face à l'aide sociale entre propriétaires et locataires pose également un problème de fond. Il indique, par ailleurs, qu'à la différence du projet socialiste, la motion UDC inclut les personnes ayant acheté un logement. Il reconnaît toutefois qu'une personne procédant à l'achat de son logement est détentrice d'une fortune et qu'il conviendrait, par conséquent, de réfléchir à la manière de juger cet élément.

Une commissaire S se demande si la personne n'entre plus en ligne de compte pour l'octroi d'une aide, selon la motion UDC, du moment qu'elle a remboursé la dette hypothécaire.

M. Bertinat avoue que cette question n'est pas extrêmement claire pour lui non plus. Il relève, néanmoins, que le problème du revenu net se pose également dans ce cas de figure, car une fois que la personne a débloqué ses revenus pour l'acquisition d'un logement, elle se retrouve en dessous du seuil et n'a pas les moyens nécessaires pour vivre. Il ajoute que du fait de son achat, ladite personne ne peut recourir à aucune aide et se retrouve ainsi pénalisée.

La commissaire S suppose que cette invite ne s'applique que dans l'hypothèse d'un remboursement d'une dette hypothécaire et qu'une fois ce dernier bouclé, la personne en question ne serait plus sujette à cette aide.

M. Bertinat pense que le cas de figure évoqué jusqu'à présent reste néanmoins rare, étant donné qu'une personne procédant à l'achat de son

logement se situe largement au-dessus des revenus moyens. Il rappelle que la motion prévoit l'octroi d'une aide en prenant en compte un revenu bien précis, à savoir entre 80 000 et 120 000 francs par année.

La présidente souligne que les dettes hypothécaires sont également prises en compte dans les déclarations d'impôts.

Une commissaire Ve indique qu'un propriétaire, avec charge hypothécaire ou non, paie des impôts sur la valeur locative de son logement et ne comprend pas que seul le premier cas de figure entre en compte pour un éventuel octroi d'aide.

M. Bertinat confirme qu'il est bien question de la valeur locative dans la motion et que le raisonnement consiste à permettre le dégageant, après ces déductions, d'un revenu net de 60%.

La présidente ouvre la discussion et le débat sur la M 1916, plus aucune précision sur ladite mention n'étant demandée.

Une commissaire S constate, indépendamment du détail de chacune des deux propositions, que la question du pourcentage du revenu disponible des citoyens ou des moyens disponibles pour payer l'assurance-maladie se retrouve tant dans le projet socialiste que dans la motion UDC. Il lui semble évident qu'une solution doit être trouvée. Elle ressent le besoin d'obtenir des propositions concrètes de la part du département avec éventuellement un chiffrage précis. Elle rappelle que le taux de 8%, fixé dans le PL 10547, a été donné sur la base du message du Conseil fédéral, mais que son parti est tout à fait prêt à discuter de cette question. Elle souligne que ledit projet vise une augmentation des subsides pour une partie de la population, notamment la classe moyenne et la classe moyenne inférieure. Elle conclut que ces deux objets, tant le PL 10547 que la M 1916, doivent être soutenus. Elle ajoute qu'il serait souhaitable que le département fasse des propositions concrètes également, car la situation actuelle ne peut perdurer.

M. Maugué rappelle qu'un certain nombre de chiffrages sur le projet de loi ont été fournis par le département. Il ne voit cependant pas un lien très étroit entre la motion et le projet de loi, notamment à cause de la notion de bouclier fiscal qui outrepassé largement l'intention telle qu'il la lit dans le projet de loi. Il ne souhaite pas aller plus loin dans la discussion portant sur la motion car, à son sens, cette dernière ne suit pas les objectifs tels qu'ils doivent être poursuivis par les subsides d'assurance-maladie. Il explique, en effet, que la motion parle d'un revenu net duquel sont déduits les impôts et les cotisations sociales, bien que les cotisations de l'assurance-maladie soient déjà déduites de l'impôt. Il ajoute que la notion de progressivité de l'impôt doit également être prise en compte. Il suppose, dès lors, qu'en cas

d'augmentation du taux d'imposition ou du taux de cotisations sociales, le pourcentage, tel qu'il est articulé dans la motion, devrait être rétabli par le biais des subsides LAMal. Il considère que ces éléments posent un problème d'applicabilité, car bien que l'intention soit la même que celle du PL 10547, le modus operandi est plus compliqué. Raison pour laquelle il est d'avis que tous les chiffrages calculés en rapport avec cette motion devraient être discutés étroitement avec le département des finances.

Un commissaire L constate que cette motion s'attaque aux symptômes des hausses des primes en instituant un subventionnement. Il considère, néanmoins, qu'avant de poursuivre dans le traitement de cet objet et du projet de loi socialiste, une estimation de ces derniers, faite par le DSE, serait la bienvenue. Il déclare, dès lors, que deux solutions se présentent, à savoir soit une estimation des deux objets complétée par le département des finances soit, de façon plus formelle, le renvoi de cette motion au Conseil d'Etat afin d'obtenir une estimation du coût de la mise en vigueur du dispositif proposé. Il constate que le problème posé est tout de même d'une certaine ampleur et il estime qu'une démarche « pas à pas » pourrait avoir un certain sens.

La présidente récapitule les deux propositions formulées, à savoir la demande adressée au département afin qu'il fournisse des propositions d'augmentation de subsides, en nombre de prestataires ou alors en montant, et une demande de chiffrage précis de la motion et du PL 10547 avant de décider de leur sort.

Un commissaire L rappelle qu'un chiffrage approximatif du projet de loi socialiste a déjà été fourni (oscille entre 200 et 300 millions de francs si le taux de 8% est appliqué). Il relève que l'envoi de la motion au Conseil d'Etat impliquera une attente de six mois pour l'obtention d'une réponse. Il suggère, par contre, que le département des finances estime, s'il est possible, le coût pour le canton d'une mesure simple, à savoir la gratuité des primes pour enfants et jeunes de moins de 18 ans, indépendamment du revenu des parents. Il demande également que ledit département donne une estimation chiffrée de la motion et du projet de loi socialiste d'ici deux mois.

M. Maugué indique qu'il répondra à la question de la gratuité des primes pour enfants et jeunes de moins de 18 ans la semaine prochaine. Quant à la motion UDC, il répond ne pas pouvoir s'engager au nom du département des finances. Il lui semble toutefois intéressant de demander audit département de vérifier si le système institué par la motion ne produit pas un effet pervers, au vu de la présence d'un certain nombre d'éléments circulaires dont l'impact serait extrêmement fort.

Un commissaire Ve soutient que la problématique soulevée par cette motion est essentielle. Il annonce, néanmoins, que la notion de bouclier fiscal n'est pas à bien plaire pour son parti. Il affirme que débattre sur la question du bouclier fiscal engage la commission dans un autre type de travaux, raison pour laquelle il souhaite obtenir plus de précisions à ce sujet. Il annonce que son parti est ouvert aux deux premières invites de la motion tandis que la troisième invite semble inacceptable pour son parti.

Un commissaire PDC soulève le fait que la question porte essentiellement sur la faisabilité et les implications tant de la motion que du projet de loi. Il souligne le problème des coûts et rappelle les propos de M. Castelli d'après lesquels une augmentation des coûts est inévitable, malgré le fait que le canton de Genève ne soit pas si mal loti par rapport à certaines prévisions démographiques et financières. Il est d'avis qu'avant de se lancer dans le chiffrage de la motion, il serait préférable d'obtenir une explication quant à sa faisabilité.

M. Bertinat avoue se sentir dubitatif, depuis plusieurs semaines déjà, lorsqu'il entend M. Maugué s'exprimer. Il lui semble, en effet, que ce dernier fuit le débat qui est actuellement posé sur la table. Il se dit prêt à écouter les différentes remarques au sujet du bouclier LAMal proposé dans la motion et à en débattre, mais il soutient qu'il s'agit avant tout de trouver une solution à une problématique future et inéluctable qui touchera la grande majorité des résidents genevois et impactera lourdement les finances de l'Etat. Il souhaite, par conséquent, voir le département plus réactif, car ces personnes auront recours à ses services. Il rappelle que la présentation du budget est une tâche qui revient au département et souhaite, dès lors, connaître les visions d'avenir et les projections de ce dernier, au lieu de l'entendre contourner la question.

M. Maugué lui répond que Montesquieu parlait déjà du principe de la séparation des pouvoirs. Il lui rappelle que son rôle, au sein de cette commission, n'est pas le rôle du politique. Il a pour tâche de décrire les effets que peuvent produire les propositions formulées par les commissaires. Il souligne, par ailleurs, que ces derniers sont le législateur. Quant à lui, il soutient qu'il doit se cantonner à donner les informations qui sont en lien avec les objets proposés et ne doit pas entrer dans le débat. Il relève néanmoins que la motion pose un problème d'interférences entre un revenu, tel qu'il est défini dans cette dernière, et les déductions qui seraient faites par ailleurs, des effets sur la fiscalité et des subventionnements par le biais des subsides qui viendraient contrecarrer des éventuelles augmentations fiscales. Il commente qu'il souhaiterait, par conséquent, avoir l'avis du département des finances au sujet de ces éléments circulaires que referme cette motion. Quant à l'évolution du coût des primes d'assurance-maladie, il rappelle que

les commissaires ont reçu des informations de la part des personnes détentrices des éléments clés à ce propos et souligne que leurs explications n'étaient pas plus claires. Il souligne, de plus, que les députés ont formulé des propositions alternatives à la politique de subventionnement actuelle ayant un effet extrêmement important sur le budget, à savoir un demi-milliard de francs, avec une augmentation de ce montant de 10% par année. Il rappelle que la décision de contraindre ou non l'exécutif à appliquer une politique entraînant ce coût leur revient. Il affirme toutefois entendre le souci évoqué, mais il soutient qu'il se doit de rester dans sa réserve.

M. Bertinat lui demande si la question des subventionnements entre dans la planification quadriennale de l'Etat.

M. Maugué indique que la planification financière quadriennale se fait toute chose restant égale par ailleurs. Il affirme que le PFQ déposé par le SAM tient compte des hypothèses d'augmentation des primes d'assurance-maladie de la population genevoise. Il précise toutefois que le référentiel est celui actuel à teneur de la loi. Il ajoute qu'il ne peut changer le référentiel et qu'il est, par conséquent, obligé de faire des simulations sur la base de ce qui existe, mais ne peut faire la prospective d'autres éléments.

Une commissaire S comprend bien que M. Maugué ne fasse pas de politique. Elle rappelle que le demi-milliard de francs qu'il vient d'évoquer serait le coût du projet de loi socialiste si le taux de 8% était appliqué. Elle indique, en revanche, que ce coût descendrait à 250 millions de francs si le taux était fixé à 15%. Elle répète, dès lors, que le PL 10547 est l'occasion de rappeler les propos tenus lors de la votation de la LAMal et de poser ainsi le débat, mais que son parti est tout à fait disposé à amender l'article 20 dudit projet, afin de cibler au mieux une partie de la population. Elle relève, en effet, que le but est de toucher la classe moyenne, notamment la classe moyenne inférieure. Elle considère, néanmoins, que sans une simulation précise de l'impact du projet de loi, il sera difficile de proposer un amendement qui sera financièrement raisonnable pour l'Etat, d'où l'appel lancé au département de faire des propositions concrètes.

La présidente constate que les demandes formulées se précisent, à savoir une simulation sur la base des 10% et des 12% du revenu des ménages.

La commissaire S intervient et précise qu'il est possible d'amender l'article 20 de la loi, afin de ne cibler les propositions de son parti que sur un coût bien précis.

La présidente reprend et rappelle la proposition du commissaire PDC quant à la question de la faisabilité de la motion UDC.

Une commissaire S précise qu'effectivement des chiffres ont été donnés, mais que ceux-ci ne concernaient pas la catégorie de personnes touchées. Elle souhaite, dès lors, avoir une simulation du projet de loi à un taux de 10% et à un taux de 12%, afin de cerner les personnes qui seraient concernées par ces mesures et se prononcer ensuite, éventuellement en amendant le projet de loi. Quant à la motion, elle est d'avis qu'il serait judicieux d'auditionner un représentant du département des finances et qu'en attendant l'étude demandée, la motion soit suspendue.

Un commissaire L relève l'ouverture d'esprit du parti socialiste. S'agissant de la motion, il considère que l'envoyer au Conseil d'Etat pour que ce dernier se prononce quant à sa faisabilité et son estimation financière est une démarche intéressante. Il souligne toutefois que demander une audition du département des finances, pour que ce dernier donne son avis et apporte des estimations, tant sur l'applicabilité que sur l'ampleur de la motion, serait très utile. Il ajoute que ces résultats pourraient ensuite être discutés avec le DSE. Il constate, en effet, que dans l'état actuel des connaissances, tant quant à l'impact sur les finances publiques que les personnes concernées, la poursuite de la discussion est difficile.

Un commissaire PDC considère qu'il est nécessaire de poser le débat sur lequel les commissaires doivent se prononcer avant de demander les chiffres, autrement dit savoir quel montant de subventionnement ils sont prêts à allouer, quel type de population ils souhaitent viser, et par quelle technique. Il répète que se positionner sur ces questions permettra de mieux cibler le débat, tout en tenant compte des incidences de ces choix.

La présidente précise qu'une politique sur la question de l'assurance-maladie est déjà en place. Elle est par conséquent d'avis qu'il est préférable de se positionner sur cette structure déjà existante ainsi que sur les propositions de modifications formulées, à savoir le projet de loi socialiste et la motion UDC. Elle souhaite, dès lors, recentrer le débat sur les suggestions liées à ces objets, à savoir l'audition du département des finances au sujet de la M 1916 et un éventuel chiffrage.

M. Bertinat estime qu'un renvoi de cette motion devant le Conseil d'Etat répondra au besoin d'obtenir une réponse de ce dernier sur ces questions. Il insiste qu'il est nécessaire de déterminer le nombre de familles qui se retrouvent avec des revenus nets inférieurs au seuil défini par les normes CSIAS, alors qu'elles gagnent des revenus bruts corrects. Il tient à soulever le problème des personnes qui travaillent et qui découvrent qu'elles auraient plus de revenus à disposition à la fin du mois si elles étaient bénéficiaires de ce genre de subventionnement. Il souhaite que cette thématique soit également abordée. Il rappelle que les prestations complémentaires adaptées,

proposées par le département, vont également dans ce sens et craint que ces différentes mesures ne démotivent une grande couche de la population à travailler.

La présidente pointe la nouvelle proposition faite par M. Bertinat, à savoir le vote de cette motion.

Un commissaire R indique que son parti va soutenir la demande d'audition du département des finances pour obtenir un chiffrage tant du PL 10547 que de la M 1916, considérant important d'estimer l'applicabilité et le coût de ces mesures. Il souhaite également que le coût d'une prime gratuite pour les enfants de moins de 18 ans, indépendamment du revenu des parents, soit estimé, afin d'avoir un ordre de grandeur d'une mesure simple. Il ajoute qu'il n'aimerait pas voir ressortir de ces débats l'impression que Genève est un canton pingre, sachant qu'au contraire il est l'un des plus généreux, les dépenses cantonales dans ce domaine étant le double du niveau national.

Un commissaire MCG annonce que le groupe MCG soutient à la fois le PL 10547 et la M 1916. Il pense que l'audition du département des finances est utile, d'une part pour mieux définir le chemin à prendre et d'autre part pour apprécier les coûts que le canton est en mesure d'affecter au subventionnement des primes d'assurance-maladie. Il rappelle toutefois qu'au vu des auditions de la séance précédente, un réel problème de corrélation entre la hausse des coûts de la santé et la hausse des primes existe et qu'il doit également être combattu. Il soutient l'idée radicale d'envisager une mesure simple et rapide à mettre en place qu'est la gratuité des primes pour les enfants de moins de 18 ans et considère qu'il serait intéressant d'obtenir le chiffrage de son coût.

Un commissaire Ve rappelle qu'envoyer une motion au Conseil d'Etat signifie que le parlement souhaite l'instauration d'un bouclier fiscal LAMal, ou du moins aller dans ce sens. Il relève, néanmoins, que cette volonté n'a pourtant pas été exprimée. Il annonce que son parti ne souhaite pas s'engager dans cette voie sans un chiffrage ni une appréciation de l'utilité de ce bouclier au préalable. Il appuie cependant que la problématique des primes d'assurance-maladie et la charge financière toujours plus importante qu'elles représentent pour les familles sont une problématique sérieuse pour le parlement. Il lui semble, dès lors, plus souhaitable de prendre le temps d'étudier cette motion, d'entendre sa signification et d'entrevoir les différentes complications qu'elle risque de comporter.

La présidente constate qu'un consensus se crée sur l'audition du département des finances au sujet de la faisabilité de la motion UDC avant de

lui donner une quelconque suite, ainsi que sur le coût d'un subventionnement à hauteur de 100% des enfants et jeunes de moins de 18 ans.

Une commissaire S se rappelle que lorsque la question des allocations familiales a été abordée, il avait été indiqué que 125 000 jeunes de moins de 25 ans étaient recensés dans le canton. En arrondissant ce chiffre à 100 000 jeunes à moins de 18 ans et en le multipliant par 1200 francs de prime par année, elle estime la proposition de commissaire R à environ 100 millions de francs.

La présidente la remercie de ces approximations et ajoute que le département est en mesure de fournir une étude précise du coût.

Une commissaire S rappelle la demande formulée par le groupe socialiste, à savoir l'estimation des groupes de population touchés par une application du projet de loi avec un taux de 10% et de 12% et le montant correspondant.

M. Maugué demande des précisions complémentaires quant à la notion de population cible. Il rappelle qu'il avait été chiffré qu'à un taux de 15%, 123 000 subsidiés seraient touchés par le projet de loi, et qu'à un taux de 10% ce nombre s'élèverait à 262 000 subsidiés, alors que la politique actuelle alloue des subsides à un peu plus de 100 000 personnes. Il indique que la réalité des gens concernés ne peut se dégager de ces pourcentages, d'où l'ambiguïté de la question posée.

Une commissaire S répond que son parti souhaite obtenir les mêmes informations, mais à un taux de 10% et 12%, car il estime le taux de 8% trop généreux et considère que le taux de 15%, quant à lui, ne réglerait pas fondamentalement le problème qu'essaie de toucher le PL 10547. Elle ajoute que le groupe socialiste désire également connaître quelle catégorie de revenu serait touchée par les taux demandés, car il est d'avis que connaître uniquement le nombre de subsidiés est une indication un peu vague quant à l'impact réel qu'aurait le projet de loi.

Une commissaire S complète en demandant que soit calculé le coût de la mise en place du dispositif proposé dans le projet de loi pour chacun des taux demandés, afin de mieux déterminer la manière d'exclure de l'aide un groupe auquel le PL 10547 ne veut pas s'appliquer.

M. Maugué tient à pointer une question que les commissaires devront trancher à un moment donné, à savoir la problématique de l'incitation à ne plus avoir de franchises, les éléments avancés produisant clairement un effet sur les niveaux de franchises. Il sait que ces précisions ainsi que la praticabilité de ces éléments seront apportées en leur temps. Il assure que la description de ces 10% et 12% sera apportée.

Un commissaire L souligne que dans plusieurs projets de lois arrivés devant cette commission un raisonnement en termes d'incitation a été adopté, afin d'agir sur les comportements de façon à avoir un système introduisant une dynamique. Il remarque que dans le cas présent, aucun groupe particulier n'a encore été ciblé, par exemple les familles nombreuses. Il relève que le projet socialiste centre la discussion sur un montant à allouer en rapport aux cotisations, mais ne cible pas un type de famille ou de contribuable particulier. Il souhaite, néanmoins, que parler d'incitation ne revienne pas à créer un effet pervers par la modification peu adéquate du système déjà en place par manque de précisions sur les deux objets traités. Il constate que la discussion ne porte pas sur un moyen d'incitation, mais sur l'instauration d'un système de distribution ou de redistribution. Il se dit réservé sur les solutions qui consistent à atténuer le mal sans songer à le soigner.

M. Bertinat souligne que la motion UDC soulève avant tout le problème du revenu disponible et que, par conséquent, elle vise un groupe de personnes bien précis, à savoir les individus qui travaillent et rencontrent des problèmes financiers provoqués par ces charges de primes d'assurance-maladie.

Un commissaire PDC constate que le discours tenu lors de la séance précédente par M. Castelli annonce une croissance sans limites du montant des primes d'assurance-maladie. Il est d'avis, par conséquent, qu'il serait utile que le département établisse une échelle de valeurs indiquant l'augmentation des primes par pourcentage (1%, 2%, etc.) et les personnes touchées en fonction du modèle choisi, que ce soit le projet socialiste, la motion UDC ou le système actuel, afin d'avoir une vue d'ensemble des répercussions desdites augmentations sur les finances de l'Etat. Il considère que cette échelle peut également constituer un garde-fou à présenter à Berne, afin d'attirer l'attention sur cette problématique et démontrer qu'à partir d'un certain montant les cantons ne peuvent plus assurer le système de subventionnement.

M. Maugué indique que certains éléments peuvent effectivement être donnés quant à cette proposition. Il rappelle que lors de l'évaluation financière du projet de loi socialiste, en respectant le taux de 8% et en tenant compte de la série mathématique historique projetée des salaires, il a été établi qu'il serait question de 6% à 10% par an d'augmentation financière de la part de l'Etat. Il souligne qu'une répercussion financière est inéluctable et même importante du moment que sont mis en lien les primes moyennes cantonales et les subsides, les salaires n'augmentant pas à la même vitesse que les primes.

La présidente lui demande si ces chiffres peuvent être fournis.

Un commissaire L revient sur sa dernière intervention et relève que pour un même revenu, quelles que soient les déductions faites, les conséquences sont différentes suivant les cas de figure. Il indique, en effet, que la seule application du concept de bouclier, sans prendre en considération un certain nombre de différences tenant au mode de vie de la personne, à la structure démographique de la famille ou au type de profession exercée (indépendant au salarié), serait faussée. Il souligne dès lors que plusieurs variables sont à prendre en considération sur l'incidence des primes pour le revenu en question, raison pour laquelle il pense que parler de bouclier sans tenir compte de ces éléments est une démarche un peu simpliste.

La présidente synthétise les différentes demandes formulées, tant en rapport avec la motion qu'avec le projet de loi socialiste, adressées au DES, à savoir une simulation des chiffres sur la base du projet de loi socialiste à 10% et à 12%, l'estimation du coût de la mise en place de la gratuité des primes pour les enfants et jeunes de moins de 18 ans et une projection des coûts de l'augmentation des subsides pour l'Etat sur la base du PL 10547 également. Elle ajoute qu'une demande d'audition du département des finances, afin de connaître la faisabilité de l'application de la motion UDC, a également été formulée. Elle propose de clore la discussion sur ces deux objets et de passer ainsi au quatrième point de l'ordre du jour, afin d'organiser les travaux concernant les quatre projets de lois que la dernière plénière a envoyés à la commission.

Séance du 2 mars 2010

M 1916 – Bouclier LAMal contre la paupérisation de la classe moyenne : audition de M. Bertrand Bandollier, directeur adjoint, direction de la taxation des personnes physiques, DF, au sujet de la faisabilité de l'application de la M 1916

(Note du rapporteur : cette proposition de motion a fait l'objet de la première heure de commission. Comme elle traite de la même problématique que le PL 10547, les propos tenus sur cette motion durant cette séance sont maintenus dans ce rapport.)

La présidente remercie l'auditionné d'avoir répondu à l'invitation de la commission. Elle rappelle qu'il remplace M. Serge Cornu, afin de présenter le point de vue de l'administration sur l'application de la M 1916. Elle cède la parole à M. Bandollier.

M. Bandollier précise qu'une prise de position de son département sur la faisabilité de ladite motion ne lui semble pas justifiée. Il rappelle que son département fournit plutôt un certain nombre de données. De ce fait, il était

alors question de déterminer quelles données étaient nécessaires à la commission afin de lui transmettre les éléments essentiels.

La présidente rappelle qu'une note, donnant un certain nombre de détails concernant les éléments pris en compte dans le RDU, la question de la fortune immobilière, les impôts, le loyer et les assurances-maladie, entre autres, a été transmise à la commission.

Une commissaire S rappelle que le PL 10547 envisage de destiner des subsides aux assurés qui consacrent plus de 8% de leur revenu imposable au paiement des primes d'assurance-maladie. Elle demande à l'auditionné si fiscalement et légalement ce pourcentage peut être modulé en fonction de la catégorie de revenu, à savoir prévoir un 8% pour telle catégorie et un 10% pour telle autre.

M. Bandollier lui demande à quoi correspond ce taux de 8%.

La commissaire S lui rappelle que ce taux avait été annoncé par le Conseil fédéral, lors de discussions portant sur la LAMal, indiquant que les primes d'assurance-maladie ne devaient pas représenter plus de 8% du revenu imposable.

M. Bandollier en conclut qu'il s'agit d'une limite de fixation maximale des primes d'assurance.

La commissaire S lui demande à nouveau s'il est possible, légalement ou fiscalement, de distinguer cette fixation maximale selon le revenu, plus précisément d'adopter un pourcentage variable.

M. Bandollier répond qu'il ne voit pas d'obstacles à l'application de cette distinction, mais il est d'avis que cette question n'est pas directement fiscale.

Un commissaire R avoue sa perplexité face à la note de M. Cornu. Il indique qu'il s'attendait plutôt à une estimation des coûts pour l'Etat qu'engendrerait l'application de la motion UDC.

La présidente précise que le propos de cette audition est de répondre essentiellement aux questions fiscales posées par la M 1916. Elle ajoute que les questions ayant trait au chiffrage seront traitées ultérieurement au point 3 de l'ordre du jour grâce à l'intervention du DES.

Un commissaire UDC constate la difficulté d'obtenir des chiffres lorsqu'il est question de la M 1916. Il rappelle que ladite motion vise une classe moyenne dont le revenu a été fixé entre 80 000 et 120 000 francs par année. Il est d'avis qu'il serait dès lors intéressant de connaître le montant des impôts payés par les personnes appartenant à cette catégorie, afin de mieux déterminer si une intervention d'ordre fiscale est plus judicieuse que le recours à une aide sociale pour aider les familles concernées à dégager les

revenus nécessaires ou si une modulation de ces deux actions serait plus appropriée. Il déplore que la réponse à cette question fiscale reste floue.

M. Bandollier souhaite obtenir quelques précisions quant à la question posée, à savoir si le député souhaite connaître le nombre de foyers qui se situent dans la tranche de revenu indiquée et la moyenne d'impôts payés.

Le commissaire UDC rappelle que l'action repose sur deux leviers, à savoir la fiscalité et les subventions. Il considère dès lors qu'il est souhaitable de connaître le montant de l'impôt payé par cette classe moyenne, afin de déterminer la manière d'intervenir au mieux pour l'aider à dégager les revenus nécessaires.

M. Bandollier répond qu'il pourra transmettre les chiffres par catégorie de revenu et indiquer l'impôt moyen que cela représente. Il ajoute, néanmoins, que la motion UDC n'est pas fiscale. Il rappelle que le rôle du fisc se limiterait à la transmission d'éléments nécessaires à la construction du bouclier LAMal.

La présidente indique que la question du bouclier devrait être traitée par l'administration qui s'occupe des subsides d'assurance-maladie. De ce fait, elle précise que cela impliquerait que le département des finances transmette les informations en termes de fiscalité, sous le joug du secret fiscal, au DSE.

Un commissaire L reformule les informations demandées, à savoir le nombre de contribuables par tranche de revenu, selon la catégorie de contribuable (marié, célibataire, divorcé, veuf avec ou sans enfants) ainsi que le montant de l'impôt payé. Il précise que ces données devront être présentées sous la forme d'un tableau à deux colonnes, une pour les contribuables imposés à la source et l'autre pour les contribuables ordinaires, décomposées selon la structure des ménages.

La présidente rappelle que la demande d'étude de la motion UDC, adressée à l'administration fiscale, portait plus sur son application étant donné que de nouveaux paramètres, notamment la question de la fortune mobilière et les impôts, sont pris en compte dans la M 1916 dans l'octroi des subsides d'assurance-maladie. Elle s'adresse à l'auditionné et lui demande si d'autres éléments peuvent également être pris en compte dans l'octroi de subsides d'assurance-maladie d'une part, et d'autre part quelles seraient les implications qu'engendrerait le transfert d'information entre l'Hôtel des finances et le DSE, sachant qu'une base légale serait dans ce cas de figure nécessaire afin de respecter la protection des données personnelles et le secret fiscal.

M. Bandollier rappelle que passablement de données sont déjà transmises au travers du RDU et que cette transmission d'informations ne soulève pas de

problèmes techniques. Il est d'avis que les informations fournies pour le RDU peuvent facilement l'être également pour un bouclier LAMal.

M. Mazzaferri précise que le RDU est un prototype qui n'a pas été conçu pour être exploité sous cet angle-là. Il ajoute, par ailleurs, que le montant d'impôt payé par les personnes concernées devrait être transmis par l'Hôtel des finances, car cette donnée ne figure pas dans le RDU.

La présidente précise que ces éléments ne sont pas pris en compte actuellement, d'où la volonté d'auditionner le département des finances à ce sujet-là.

Un commissaire R souhaite revenir sur l'affirmation qui figure dans la motion UDC avançant qu'il « est choquant de constater que le revenu disponible de la classe moyenne [...] soit inférieur au 50% de son revenu brut » et savoir si cette affirmation est crédible aux yeux de l'auditionné en tant qu'expert fiscal.

M. Bandollier répond que cette norme se vérifie pour certaines personnes, mais il est d'avis qu'il ne s'agit pas d'une règle absolue pouvant s'appliquer à l'entier de la classe moyenne.

Le commissaire R lui demande s'il est possible, sur la base de la prime moyenne cantonale, d'identifier la catégorie des contribuables qui pourraient avoir un revenu disponible inférieur à 50% de leur revenu brut.

M. Bandollier se demande si le loyer est inclus dans le calcul.

Un commissaire UDC rappelle que son parti a fourni des tableaux chiffrés qui démontrent que dans certains cas de figure il est difficile de dégager plus de 50% de revenu disponible. Il ajoute que sur la base de ces tableaux, son parti a pu estimer à hauteur de 30 millions l'aide que l'Etat devrait fournir aux familles pour les aider à dégager ces 60% de revenu disponible demandés par la motion.

Un commissaire L revient sur l'exposé des motifs et l'invite de la M 1916 et reformule la question qui est à poser, sur le plan fiscal, à M. Bandollier, à savoir : quelle serait l'incidence fiscale d'une réduction d'impôt, pour la classe moyenne, une fois qu'une définition précise sera proposée, afin de porter le revenu disponible de 50% à 60% ? Il demande au commissaire UDC si pareille reformulation est correcte.

La présidente rappelle qu'il est question d'agir sur l'assurance-maladie et par conséquent sur les subsides.

Le commissaire L répond que la motion se penche sur les questions de revenu et de fiscalité et qu'implicitement il est dès lors question du rapport

entre les primes d'assurance-maladie et la contribution versée par l'Etat, via le RDU.

La présidente précise que la demande adressée au département portait sur la faisabilité et l'applicabilité de la M 1916. Elle propose, dès lors, de centrer les questions sur cette thématique. Elle rappelle que des demandes chiffrées ou plus spécifiques pourront être formulées par la suite, lors du débat portant sur ladite motion et le PL 10547.

M. Bandollier pointe une précision figurant dans la note adressée à la commission, à savoir que le versement de subsides a une incidence sur l'impôt, étant donné qu'il est imposable.

Un commissaire UDC précise que ce versement a une incidence sur l'impôt individuel.

M. Bandollier confirme.

La présidente remercie l'auditionné et le libère.

Un commissaire L se dit gêné par cette motion, car il n'arrive pas à discerner le but qu'elle vise. Il s'adresse au commissaire UDC et lui demande, dès lors, si le groupe UDC ne souhaiterait pas reformuler sa motion, afin de mieux comprendre ce qu'elle propose.

Le commissaire UDC signale que l'audition visait à déterminer la faisabilité de la motion et constate que cette question n'a pas été éclaircie. Il affirme par conséquent maintenir la motion telle qu'elle est proposée, car elle pose le problème rencontré par la classe moyenne et ouvre le débat sur les solutions à envisager.

Un commissaire PDC relève la dernière phrase prononcée par l'auditionné quant à l'imposition du versement des subsides. Il relève, par conséquent, que finalement cela revient à déplacer le problème sans toutefois lui apporter de réelle solution. Il constate que la vraie question à se poser consiste à trouver la manière de défiscaliser l'aide apportée, afin qu'elle ne parte pas dans les impôts.

La présidente intervient et propose, avant de passer au débat, d'écouter les réponses apportées par le DSE concernant la gratuité des primes d'assurance-maladie pour les enfants et les jeunes de moins de 18 ans, le chiffrage des personnes touchées si le taux de 8% du PL 1047 est fixé à 10% et à 12% ainsi que la projection des coûts que représenterait une augmentation des subsides versés par l'Etat sur les prochaines années. Elle cède, par conséquent, la parole à MM. Maugué et Mazzafferri.

PL 10547 modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal) : suite des travaux de la commission

M. Maugué distribue un document, en annexe, dans lequel figurent les réponses aux demandes présentées par la commission. Il indique que sous le chiffre 1 sont émis, avec prudence, quelques avis au sujet du PL 10547, notamment concernant le risque de constater l'attractivité des franchises supérieures à 300 francs devenir inexistante. S'agissant du coût d'une gratuité des primes d'assurance-maladie pour les enfants et les jeunes de moins de 18 ans (ch. 2), il indique que le coût total a été chiffré à 181 millions de francs. Il indique que le coût actuel des enfants subsidiés (44 millions) a également été mis en regard soulignant ainsi le surcoût de 136 millions de francs qu'entraînerait pareille démarche. Concernant le chiffrage des personnes concernées par les taux de 8%, 10% et de 12%, il cède la parole à M. Mazzaferri.

M. Mazzaferri indique que sur la base de données fournies par l'administration fiscale, le PL 10547 a été décortiqué par catégorie de ménages, sous l'angle du taux de 10% et de 12%. Il se réfère au premier tableau (taux à 10%) et explique que la dépense totale pour la catégorie 1 personne s'élève à 203 177 608 francs et que 71 376 ménages (à une personne) seraient touchés. Il ajoute que les subsides seraient versés jusqu'à une limite maximale de RDU de 52 000 francs et que ces subsides s'élèveraient à 82 francs. Il précise que deux colonnes se référant aux jeunes adultes entre 18-25 ans ont été rajoutées. Il s'agit d'une simulation dans laquelle les enfants entre 18-25 ans sont en réalité considérés comme des jeunes adultes payant une prime de 375 francs. Il relève que la dépense serait dès lors plus conséquente. Il souligne que l'intérêt de cette simulation est de montrer qu'un versement de subsides sera autorisé jusqu'à hauteur d'un revenu de 175 000 francs et que lesdits subsides seraient importants, car ils pourraient s'élever à 9000 francs. Il indique qu'un tableau du système actuel (subsides ordinaires) est également proposé afin de donner un élément de comparaison. Il souligne qu'actuellement des subsides ordinaires sont versés jusqu'à hauteur d'un revenu annuel de 88 000 francs pour une famille composée d'un couple et de deux enfants. Il précise que le subside, in casu, s'élève à 1224 francs si les enfants sont mineurs. Il ajoute, concernant la dépense totale, que dans les comptes 2009, 213 millions de francs ont été versés à titre de subsides et que 102 000 personnes ont été touchées par ces aides et que dans le tableau, il est question de ménage et non de personne, car le système de 10% et de 12% établit que c'est bien le ménage qui est considéré et non la personne à titre individuel. Il précise que dans la page qui suit le tableau figurent des indications importantes concernant la simulation

proposée. Il insiste sur le fait que les données avancées le sont à titre indicatif et que les chiffres annoncés doivent être pris avec des pincettes, la marge d'erreur étant relativement importante.

Un commissaire PDC souhaite connaître la marge d'erreur qui a été admise par le département et se demande si pareille marge d'erreur dépend de la méthode utilisée ou des échantillonnages choisis.

M. Mazzaferri ne peut répondre. Il précise toutefois que la simulation repose sur les données fiscales de 2007, car elles sont les plus complètes et les plus récentes. Il ajoute qu'apparaissent ainsi tous les ménages imposés à Genève, à l'exception des personnes imposées à la source qui représentent 10%.

Un commissaire R revient sur le tableau représentant le coût de la gratuité des primes d'assurance-maladie pour les enfants et les jeunes adultes et en conclut que le surcoût s'élèverait à 60 millions.

M. Mazzaferri acquiesce.

Un commissaire L prend l'exemple d'un couple comptant quatre enfants. Il relève que dans la situation actuelle, ce couple reçoit un subside si son revenu annuel est inférieur à 100 000 francs. Il constate qu'avec le PL socialiste, le revenu considéré serait de 250 000 francs. Il en conclut qu'il s'agit, dès lors, d'une extension de la définition de la classe moyenne qui serait ainsi proposée. Il souligne, par ailleurs, que 250 000 francs représentent deux salaires d'enseignants.

La présidente rappelle qu'un couple avec quatre enfants représente moins de 3% de la population. Elle est d'avis que de parler d'extension de la définition de la classe moyenne est par conséquent exagéré.

Le commissaire L souhaite uniquement démontrer que le barème actuel se réfère, pour le versement d'un subside, à un revenu allant de 40 000 francs, pour une personne seule, à 100 000 francs lorsqu'il s'agit de couple avec enfants. Il constate que le système proposé par le PL socialiste passe d'un revenu minimum de référence de 80 000 francs à 200 000 francs. Il relève que sa remarque vise à déterminer l'univers de revenus subventionnés.

Un commissaire MCG rappelle que les promesses faites par le Conseil fédéral soutenaient que les personnes ne devraient pas consacrer plus de 8% de leur revenu au paiement des primes d'assurance-maladie. Il constate qu'il est aujourd'hui question d'un taux de 10%, bien au-dessus des promesses de départ. Il est d'avis que finalement cette démarche propose un juste retour aux engagements avancés et qu'il est correct de la soutenir afin de montrer à la population qu'elle peut avoir confiance dans les institutions de son pays. Il ajoute que cette proposition ne va pas prêter l'économie, les individus

retrouvant ainsi un pouvoir d'achat plus important qui se fera ressentir dans le circuit économique. Il annonce que le MCG ne peut qu'aller dans le sens du projet de loi déposé par les socialistes. Il est d'avis qu'au niveau politique et éthique cette proposition se défend tout à fait.

La présidente propose d'ouvrir la discussion sur la M 1916 avant de passer au débat sur les deux objets en question. Elle demande à la commission quel avenir elle souhaite donner à ladite motion.

Un commissaire UDC déplore, au vu des séances consacrées à la M 1916, que les difficultés que rencontre la classe moyenne n'intéressent pas les partis de l'Entente. Il reconnaît que les invites de la motion, telles qu'elles ont été proposées, demandent que le sujet soit creusé davantage. Il rappelle que son parti a communiqué des cas réels et souligné que les couples avec enfants rencontrent de grandes difficultés à payer ces primes d'assurance-maladie. Il prend néanmoins acte de ce peu de volonté, tant du côté de l'administration qu'autour de cette table, à discuter de cette problématique.

Un commissaire MCG emboîte le pas à son collègue UDC et relève que lorsque la mise en œuvre d'un projet s'avère difficile, elle ne doit pas pour autant mener à l'abandon de ce dernier. Il rappelle que le but de cette motion est de permettre aux familles concernées de dégager 60% de leur revenu disponible. Il reconnaît la difficulté de connaître avec précision le nombre de personnes touchées. Il ajoute que la question de la défiscalisation de la mesure se pose également. Il constate néanmoins que le paiement des primes LAMal est un problème central dans les foyers et qu'il n'est pas possible, en tant que député, de se résigner face à ces difficultés et de ne pas essayer d'apporter des solutions.

Un commissaire L rapporte que le périmètre que couvre cette motion est problématique aux yeux des Verts, car les solutions proposées s'attaquent à plusieurs fronts, notamment le logement ou encore la fiscalité. Il est d'avis que la motion UDC consiste à créer une machine administrative très lourde, alors que son parti préférerait une solution plus simple.

Un commissaire L rappelle que parmi les partis de l'Entente, le parti libéral s'était prononcé favorablement à la nouvelle LIPP, car elle apportait une amélioration significative pour les revenus des contribuables et, par conséquent, des familles de la classe moyenne. Il lui semble possible que la modification de la LIPP ait été modeste et qu'il aurait fallu diminuer davantage l'imposition et augmenter certaines déductions. Quant à la complexité de ces modifications, il souligne que le cadre était clair et qu'il était évident qu'il s'agissait de revoir des points de fiscalité. Concernant la motion UDC, il déplore que sa formulation soit aussi complexe. Il relève que

les questions posées au commissaire UDC lui ont permis de constater la peine que ce dernier éprouvait à expliquer le but de la motion que son parti a déposée. Il cite l'adage qui stipule que « ce qui se conçoit bien s'énonce clairement et que les mots pour le dire viennent aisément » et remarque que ce rappel du XVII^e siècle n'est pas présent dans ladite motion. Il ajoute que les exemples apportés ne le convainquent pas de cette clarté qui serait bienvenue. Il se dit prêt à entrer en matière s'agissant d'amélioration du système, mais il souhaiterait pour cela savoir où serait pris l'argent, si les primes seraient augmentées ou si la fiscalité serait baissée. Il se dit surpris de constater qu'une partie de la population, à savoir les célibataires avec enfants, a été oubliée dans cette motion. Il se dit frappé de voir que les dépositaires de la motion n'ont pas réfléchi à la manière de circonscrire le périmètre de l'action envisagée. Il constate que le périmètre n'étant pas défini, les moyens proposés ne peuvent être que vagues.

Un commissaire R annonce que le groupe radical n'entrera pas en matière sur cette motion 1916. Il constate, d'une part, qu'au problème de la non-fiscalisation des primes de l'assurance-maladie, ladite motion propose de trouver une solution par le biais fiscal. Il est d'avis que cette démarche escamote dès lors le problème soulevé. D'autre part, il relève que les réponses sur le montant final qu'il s'agirait de compenser par la mise en place de ce bouclier LAMal ainsi que des explications claires sur ses conséquences n'ont pas été apportées lors de l'audition de ce jour.

Un commissaire MCG se dit surpris par la prise de position des Verts. Il rappelle qu'une motion n'a de contraignant que d'obliger le Conseil d'Etat à rendre un rapport sur les questions posées dans un délai de six mois. Il revient sur les propos formulés par le parti des Verts qualifiant la motion de confuse et d'usine à gaz et ne comprend pas le fait de refuser l'entrée en matière de cette motion alors que ledit rapport permettrait d'éclaircir ces points justement. Il constate que la motion de l'UDC va dans le sens positif de l'amélioration de la qualité de vie d'une partie des concitoyens nommée communément classe moyenne. Il répète ne pas comprendre ce refus des Verts et affirme que le MCG soutiendra la M 1916.

Un commissaire Ve souhaite rappeler que les Verts n'avancent pas sous la menace ou la contrainte et que son groupe reste fidèle à lui-même en respectant sa propre ligne politique. Il s'adresse au commissaire MCG et déclare que si ce dernier souhaite convaincre les Verts de voter autrement, il doit dès lors présenter des arguments convaincants. Il répète que son groupe ne changera pas de position et que le commissaire MCG ne doit pas s'étonner de constater que le MCG et les Verts ne soient pas souvent d'accord sur les

votes, sachant que les idées défendues par les deux partis sont très éloignées les unes des autres.

Une commissaire S se dit embêtée de voir que les deux objets en question soient traités séparément dans la discussion. Elle constate que ce qui ressort des différentes auditions et discussions tenues jusqu'à présent est que certaines personnes rencontrent de réelles difficultés quant au paiement de ces primes d'assurance-maladie et que tant le PL 10547 que la M 1916 tentent d'apporter des solutions aux diverses problématiques soulevées. Elle remercie le département des chiffres mis à disposition et souligne que lesdits chiffres méritent qu'une attention plus accrue leur soit apportée. Raison pour laquelle elle souhaiterait prendre le temps de les examiner tranquillement. Elle se demande, par ailleurs, si la sagesse ne commanderait pas de geler les deux objets discutés et de réfléchir ainsi à une solution et trouver, de manière consensuelle, une proposition qui pourrait être adressée au Conseil d'Etat sous forme de motion, consistant à modifier de manière réglementaire le tableau des subsides, par exemple.

La présidente ne voit pas d'objection à la proposition formulée par la députée. Elle ajoute que la possibilité de lier les deux objets quant à leur traitement est également offerte.

Un commissaire L considère cette proposition comme raisonnable dans le traitement et la décision de ces objets. Il rappelle qu'une question est toutefois restée sans réponse, à savoir le coût de la motion UDC. Il est d'avis qu'il est préférable d'en savoir davantage et qu'il ne peut, par conséquent, se prononcer sur le fond tant que cette question ne sera pas éclaircie. Il ajoute que la reformulation de la motion, plus précisément la définition de son périmètre et l'instrument choisi pour arriver au but visé, est nécessaire. Il se dit favorable à l'idée du bouclier LAMal, tout en soulignant la préoccupation de voir une inégalité de traitement s'installer ; raison pour laquelle il souhaite attirer l'attention de la commission sur ce point. Il constate, de plus, que la question de la LIFD a totalement été mise de côté, alors que ce point pèse de façon exorbitante sur les contribuables des classes supérieures. Il rappelle qu'il ne souhaiterait pas constater que certaines catégories bénéficient d'un traitement plus favorable au détriment des autres.

Un commissaire PDC rappelle que le groupe PDC a été signataire de cette motion. Il relève que la motion UDC a semblé intéressante, de prime abord, à son groupe, mais que les différentes auditions et discussions ainsi que les complexités soulevées quant aux questions de la fiscalité font que son groupe est plus réservé sur la question. Nonobstant, son groupe soutient la proposition de gel, afin d'élaborer un projet plus simple en termes d'applicabilité et de visibilité.

Un commissaire R annonce que le groupe radical accueille favorablement la proposition de gel. Il souhaite rendre attentive la commission à la décision de subventionner tous les enfants du canton, sachant que le coût s'élèverait à 60 millions. Il imagine que la commission pourrait travailler sur une motion qui proposerait de libérer les familles du paiement des primes d'assurance-maladie pour les enfants, étant donné que les différentes auditions ont permis d'identifier la population la plus sévèrement touchée par la hausse des primes d'assurance-maladie, à savoir les familles de la classe moyenne ayant plusieurs enfants. Il est d'avis que la commission pourrait dès lors réfléchir à un système dans lequel les enfants seraient exonérés du paiement des primes LAMal. Il est d'avis que cette démarche consoliderait également le principe de solidarité entre générations institué par la LAMal, étant donné que les enfants sont de très faibles consommateurs du système de santé.

Une commissaire Ve est d'avis que la proposition de gel est une excellente manière de trouver un consensus entre les différentes solutions proposées. Elle se demande, en outre, quelles seront les démarches entreprises pendant ce temps de gel. Elle propose, dès lors, d'instituer un groupe de travail qui se pencherait sur le sujet, afin d'arriver à une proposition de commission.

Un commissaire L dit ne pas comprendre comment une exonération des primes d'assurance-maladie de tous les enfants du canton ne contredirait pas le principe de solidarité entre générations. Il déclare qu'il pourrait être utile d'inviter M^{me} Dreyfuss à participer aux débats de la commission sur ce sujet. Il est frappé de constater que certains députés proposent de façon structurelle pour l'Etat des ajouts en matière de dépenses. Il s'adresse particulièrement à l'UDC et ne comprend pas la logique main droite-main gauche que ce parti manifeste, sachant que d'une main il propose de réduire les dépenses, afin que l'Etat reste dans les chiffres noirs, et que de l'autre main il souhaite augmenter les dépenses par le biais de subsides complémentaires. Il répète que le chiffrage du coût de la motion UDC est une précision qu'il est utile et nécessaire de connaître.

Un commissaire UDC constate que le commissaire L a de la peine à comprendre les interventions de part et d'autre. Il relève que les problèmes que rencontrent certaines personnes pour vivre dignement se posent réellement et que chercher des solutions ne va pas à l'encontre de la ligne politique de son parti ; raison pour laquelle il soutient la proposition de gel des deux objets, car ces derniers méritent que la réflexion soit poussée un peu plus loin afin de trouver un équilibre entre les différentes solutions avancées. Il rappelle que la classe moyenne souffre aujourd'hui et que la problématique des personnes qui touchent l'aide sociale vivant mieux que les personnes qui

travaillent va apparaître ces prochaines années. Il constate que, d'une manière ou d'une autre, il est question de dépenses et que l'objectif est d'équilibrer cela.

La présidente remarque qu'un consensus autour d'une proposition de commission se forme. Elle en conclut que la commission pourra par conséquent se consacrer au PL 10600 présenté par le département quelques semaines auparavant. Elle rappelle toutefois que dès qu'une proposition concrète sur la question des subsides sera proposée, cette problématique sera remise à nouveau à l'ordre du jour, afin de clore les débats sur ce sujet.

Un commissaire PDC soulève que la vraie question à se poser, celle qui reste opaque, est bien celle des causes du problème que suscitent ces hausses des primes maladie. Il ajoute qu'il s'agit de répondre à la manière de réduire ces primes d'assurance-maladie plutôt que de tenter de calmer le jeu, car elles sont directement une des causes de paupérisation de la classe moyenne. Il propose que soit dès lors rediscuté le problème de ces primes et des réserves.

La présidente lui rappelle que si le souhait est de traiter des causes du problème, alors ils ne se trouvent pas au bon endroit, car il s'agit d'une question qui se débat au niveau fédéral. Elle ajoute que la commission ne peut dès lors que se pencher sur les moyens d'action qui sont à sa portée, notamment au travers des subsides. Elle précise qu'une résolution peut toutefois être adressée à Berne.

Une commissaire Ve rappelle que Genève a déjà formulé de nombreuses résolutions et elle est d'avis que pour avoir un impact plus important à Berne, d'autres cantons devraient se joindre à elle.

Séance du 29 avril 2014 : reprise des travaux de la commission sur le PL 10547

Une commissaire S indique que ce point avait été remis à l'ordre du jour. En reprenant les procès-verbaux, elle explique avoir été surprise de voir que sur un projet de loi demandant des subsides à 8%, la commission ait surtout débattu des coûts de la santé. En revanche, elle s'était peu concentrée sur la charge sur les ménages que représente le paiement des primes d'assurance-maladie. Puisque la commission a décidé de se ressaisir du projet, il serait intéressant d'auditionner l'Association suisse des assurés (section Genève), ainsi que la FRC Genève. Par ailleurs, la commission s'était basée sur des chiffres de 2007 lors de l'examen du projet, en 2009. Il serait donc également bénéfique d'auditionner le SAM sur ce point. En effet, ce dernier pourrait apporter des éléments plus récents sur sa participation aux primes d'assurance-maladie.

Une commissaire Ve se rallie à ses propos. Par ailleurs, le Conseil fédéral s'est récemment fait l'écho de l'affaire des primes trop payées par les assurés genevois. Cette question n'est pas résolue et elle propose que M. Poggia éclaire la commission sur la rétrocession fédérale. Elle souhaite que M^{me} Deck, juriste au bureau central d'aide sociale, soit auditionnée. Un commissaire UDC indique concernant la rétrocession que le remboursement s'élèvera à un peu moins de la moitié. Cette part serait « remboursée » à un tiers par le canton et à deux tiers par les assureurs. La somme par ménage se situerait entre 1000 et 2000 francs. Il relève que la moyenne des dépenses pour la santé est de 14,5%. Or, la proposition se base sur 8%. Il demande aux proposantants si leur projet ne reviendrait pas à subventionner tout le monde. Si tel est le cas, cette proposition serait compliquée, vu la situation financière actuelle.

M. Poggia avait déclaré que ce projet de loi coûterait une fortune. Il souhaite que le département soit entendu à ce propos avant de procéder aux auditions demandées.

Un commissaire S ne s'oppose pas à cela. Il ajoute que le taux de 8% résulte de la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, ainsi que d'un message du Conseil fédéral en 1991. Ce chiffre doit peut-être être revu. Toutefois, les auditions permettront de récolter des chiffres et de rectifier le pourcentage. Par ailleurs, la préoccupation sur les coûts de la santé semble concerner une majorité de la commission. Le PS souhaite effectuer ces auditions afin de se faire une idée quant à d'éventuels amendements, du point de vue du pourcentage et de la manière de calculer le revenu. Un commissaire UDC considère qu'il ne fait pas partie des personnes ayant besoin d'être subventionnées. Or, il indique que les primes d'assurance-maladie représentent 16% de son budget. Coexistent actuellement la proposition de changement complet de système par le biais de la caisse unique et la proposition de subventionnement. Il se demande si une discussion sur le projet de loi est véritablement nécessaire tant que la votation sur la caisse unique n'a pas eu lieu. De plus, elle pourrait porter préjudice à l'objet fédéral (soutenu dans tous les partis).

Un commissaire MCG indique qu'il ne prendra pas part au vote, puisqu'il est fondateur de l'ASSUAS, membre du comité depuis quelques années et président depuis quelques semaines.

Un commissaire S admet que la votation sur la caisse publique unique est imminente et a fait l'objet de discussions au sein du PS. Or, les modalités d'application se mettent en place sur plusieurs années. Il pense donc que le projet de loi cantonal a tout son sens dans cette attente.

Une commissaire Ve précise que certains assurés genevois ne peuvent plus payer leurs primes et que l'Etat prend ces dernières en charge, conformément à une obligation légale. Il serait donc intéressant de connaître le montant de ces primes payées par le SAM, grâce à son audition. Il serait bénéfique de comparer le coût réel des primes impayées et le coût des subsides (à un pourcentage déterminé ultérieurement).

Un commissaire UDC répond que ses propos confirment son intuition quant au projet de loi. Si le nombre de personnes subventionnées pour le paiement des primes est actuellement très important, le projet de loi vise à ajouter des personnes comme lui dans le dispositif. Le projet de loi est en décalage avec la réalité et le travail préparatoire n'a pas été effectué correctement. Il considère qu'il n'appartient pas à la commission d'effectuer ce travail avec des auditions, au demeurant onéreuses. Par ailleurs, le SAM ne fera que confirmer que le projet est à côté de la cible.

Une commissaire EAG admet que le projet de loi pose problème. La question est donc de déterminer son ampleur et le moyen de le résoudre. Le chiffre de 8% basé sur un rapport du Conseil fédéral de 1991 n'est peut-être pas adéquat. Les taux d'augmentation depuis 2009 montrent qu'elle s'est accélérée lors des dernières années, avec une augmentation de 64 francs de la prime moyenne cantonale entre 2009 et 2014.

Un commissaire PLR suggère de retirer le projet et d'en reposer un autre en temps voulu. La position consistant à attendre les chiffres du département permettrait de déterminer la nécessité d'effectuer des auditions.

Un commissaire UDC indique qu'un dispositif social existe et subventionne déjà les personnes en fonction du RDU. Il se demande quel est le but du projet de loi.

Le président indique que des demandes d'auditions ont été formulées et que ce débat pourra avoir lieu après l'entrée en matière.

Un commissaire S note qu'une question de méthode de travail se pose et qu'il s'agira d'y répondre, si le Grand Conseil souhaite effectuer un travail de qualité. De plus, de nombreux députés sont nouveaux et, pour des raisons inexplicables, le projet de loi a traîné depuis la dernière législature. Il considère qu'il est normal de terminer le travail entamé et se rallie à la proposition d'entendre le département avant d'éventuelles auditions. Par ailleurs, il n'est pas très démocratique de suggérer à un parti de retirer son projet de loi. Le commissaire PLR répond que les dépositaires avaient accepté le gel du projet. Il ne s'agit donc pas d'une attaque faite au parti socialiste.

Le président met aux voix la demande d'audition du département. Si celle-ci est acceptée, les demandes d'auditions formulées seront votées après. La commission décide à l'unanimité des présents d'entendre le département.

Une commissaire EAG demande s'il serait possible que le département fournisse, outre les informations classiques, les montants versés au titre des assurés débiteurs (prise en charge des arriérés de cotisations).

Le président répond que cette information sera demandée au département.

Séance du 10 juin 2014 : suite des travaux sur le PL 10547 et audition du département

Concernant ce projet de loi, le président rappelle qu'il avait été demandé que le département donne un certain nombre de réponses ; il rappelle que des demandes d'auditions sont restées en suspens en attendant la présentation du département.

M. Poggia annonce qu'il ne pourra pas rester pendant la séance entière. Il explique qu'il y aura d'abord un exposé PowerPoint sur le sujet et il fera ensuite une proposition de la part du Conseil d'Etat concernant ce projet de loi qui est soumis à la commission.

M. Mazzaferri présente le système de réduction des primes d'assurance et invite la commission à poser des questions sur la présentation. M. Mazzaferri explique qu'il existe trois catégories de subsides. Premièrement, les subsides destinés aux bénéficiaires de prestations complémentaires AVS/AI ; deuxièmement, les subsides destinés aux bénéficiaires de l'aide sociale (Hospice général) ; troisièmement, les subsides partiels ordinaires octroyés par le SAM. Ces derniers dépendent de l'article 65 LAMal. Ces subsides sont destinés aux assurés de condition économique modeste. Ces subsides ordinaires sont octroyés selon un barème par paliers et sont déterminés par rapport au RDU (qui se situe à 90% du revenu brut en moyenne). Ce sont des subsides accordés automatiquement selon la dernière taxation disponible – sauf pour certaines catégories de personnes où il n'y a pas besoin de faire de demande. Il ajoute que les subsides ne sont pas octroyés directement à la personne, mais l'information est donnée à l'assureur qui déduit le montant du subside des primes du bénéficiaire. Il détaille le barème qui est difficile à voir sur l'écran mais dont il a des exemples. Il explique que le barème est divisé en six groupes : A, B, C, D1, D2, D3. Pour les groupes A, B et C, on a des subsides qui sont de 90 à 70 et 40 francs. Les groupes D1, D2, D3 concernent les subsides réservés aux enfants ; les subsides sont de 100, 75 ou 54 francs cette année. Il explique qu'avec une famille avec deux enfants et ayant 50 000 francs de revenus RDU, on tombe dans la catégorie de subside du

groupe B. Les deux parents ont droit à 70 francs par mois et leurs deux enfants à 100 francs chacun, soit 340 francs par mois et 4080 francs par année.

Un commissaire PLR demande ce qu'il en est pour le cas d'un jeune adulte étudiant et subventionné par ses parents jusqu'à 25 ans, mais ne résidant pas chez ses parents. Il comprend que le calcul va porter sur son RDU propre et qu'il aura droit aux subsides même si ses parents ont de très gros revenus. Il demande confirmation. M. Mazzaferri répond que cette situation est prévue dans la loi et dans le règlement. Il explique que, pour les jeunes adultes habitant seuls et ayant moins de 15 000 francs de RDU, leur RDU sera additionné au RDU de ses parents et on regardera dans le barème s'ils ont droit aux subsides.

Le commissaire PLR comprend donc que l'on tient compte du RDU des parents. M. Mazzaferri confirme. Il continue la présentation et explique que, cette année, le montant moyen des primes est de 483 francs pour les adultes, 448 francs pour les jeunes adultes et 107 francs pour les enfants. L'année passée, 271,2 millions de francs ont été dépensés pour 107 382 bénéficiaires. Il ajoute que, si l'on subdivise ces 271,2 millions selon les trois catégories présentées plus tôt, il s'agit de 64,7 millions (subsides ordinaires), 72,9 millions (aide sociale, prise en charge à 100% de la prime) et 133,6 millions (bénéficiaires des prestations complémentaires). Il précise que les barèmes n'ont pas changé.

Un commissaire UDC évoque le cas de jeunes ne vivant plus chez leurs parents, ne travaillant pas et n'arrivant pas à payer leurs primes et qui se retrouvent endettés ; finalement c'est l'Etat qui prend en charge, mais ils se retrouvent quand même aux poursuites. Il demande dans quelle catégorie ils tombent. M. Poggia répond qu'ils vont venir à ce point un peu plus loin dans la présentation.

Un commissaire PLR évoque les seuils de sorties (perte de droit aux subsides) et demande s'ils sont échelonnés. M. Mazzaferri répond que ce sont des seuils de sortie nets ; par contre le subside est dégressif ; cela empêche donc l'effet de seuil à la sortie.

Un commissaire MCG constate qu'entre 2009 en 2012, il y a une augmentation de l'enveloppe de 50 millions de francs pour une augmentation d'environ 4200 bénéficiaires. Il demande comment on peut justifier qu'en 2009, il y avait 213,2 millions de francs pour 102 398 bénéficiaires ; si l'on divise, cela fait à peu près 1985 francs pour chacun ; et cela passe maintenant à 2473 francs. Il demande comment il est possible qu'il y ait presque 500 francs de différence. M. Bretton rappelle que, sur l'enveloppe des

240 millions de francs, l'essentiel est consacré aux subsides complets, donc aux bénéficiaires de l'aide sociale ; sur les 100 000 personnes, il y a 40 000 personnes qui prennent près de 80% de ce budget puisque les subsides complets sont à 480 francs par mois. Il ajoute que les subsides partiels sont marginaux par rapport à ce montant. Donc, l'augmentation du nombre de dossiers (de 102 000 à 106 000) concerne les personnes à l'aide sociale pour qui on paie la prime totale. Le poids relatif des subsides ordinaires par rapport aux complets est très faible ; l'essentiel est sur les 20 000 au service des prestations complémentaires et sur les 25 000 à l'aide sociale. M. Mazzaferri évoque l'article 64a de la LAMal sur les assurés-débiteurs – assurés mis aux poursuites par la caisse maladie pour ne pas avoir payé leur prime, leur franchise ou leur quote-part. Il explique qu'il s'agit d'un système qui est réglé dans la loi fédérale et que le droit cantonal prévoit que l'assureur, après un rappel, met l'assuré aux poursuites. Une fois que l'assuré est mis aux poursuites, l'office des poursuites prend contact avec la personne, et procède à une analyse de la situation : si la personne est déclarée insolvable par l'office des poursuites, ce dernier émet un acte de défaut de biens. Si la personne est déclarée solvable, il y aura une saisie sur salaire, ou une saisie de biens. Il explique qu'à ce niveau-là, trois poursuites sur quatre aboutissent à une saisie et une poursuite sur quatre aboutit à un acte de défaut de biens. Une fois l'acte de défaut de biens établi par l'office des poursuites, il est envoyé à l'assureur ; l'assureur les garde pendant un an et doit les envoyer au SAM à la fin de l'année. Une fois que le SAM reçoit la liste des actes de défaut de biens avec les montants, le SAM prend en charge 85% du montant total. M. Poggia précise qu'un acte de défaut de biens peut être soit délivré par l'office des poursuites immédiatement lors de la saisie – parce que la personne est insaisissable –, mais peut aussi être délivré en fin de saisie (puisque la saisie a lieu au maximum pendant une année ; tous les mois la personne doit verser la quantité saisissable). Là, on a donc un acte de défaut de biens après saisie pour le reliquat qui n'a pas pu être obtenu par l'office des poursuites. Il ajoute que, lorsque l'on parle d'acte de défaut de biens remis à l'assureur, on parle aussi bien de celui remis immédiatement que de celui remis à la fin de l'année.

Une commissaire Ve comprend que le SAM prend 85% à sa charge sur un acte de défaut de biens. Par exemple, sur un acte de défaut de biens de 1000 francs, cela fera 850 francs. Elle évoque le cas où la personne redevient saisissable et souhaite racheter sa dette. Elle demande si les 85% payés par l'Etat sont payés à la caisse maladie. M. Poggia confirme. Cette dernière reste par ailleurs créancière du 100%. Elle comprend donc qu'il va manquer un bout à la caisse maladie. M. Poggia confirme : 15%.

La commissaire Ve demande donc ce qu'il se passe quand l'assuré veut racheter son acte de défaut de biens. M. Poggia répond qu'il doit payer la totalité du montant de l'acte de défaut de biens – ou un montant à négocier avec son créancier qui reste l'assureur. Selon l'exemple pris par la commissaire Ve, le SAM verse 850 francs à la caisse, à qui il manque 15% (150 francs). Si le débiteur peut payer les 1000 francs, il les paie à l'assurance. Ainsi, l'assurance encaisse les 1000 francs plus les 850 francs déjà encaissés. Par contre, elle doit rembourser le 50% du montant obtenu au canton. Sur les 1000 francs qu'elle reçoit, l'assurance verse 500 francs au canton. Il ajoute que, dans cas idéal, dans lequel l'acte de défaut de biens n'est que provisoire puisque la personne a payé la totalité de sa dette, la personne aura payé les 1000 francs ; l'assureur aura obtenu dans premier temps 850 francs du SAM, puis conservera 500 francs des 1000 francs que la personne aura payé pour acheter son acte défaut de biens. Il résume donc que la caisse aura obtenu 1350 francs sur une créance de 1000 francs. L'Etat se verra rembourser 500 francs et aura perdu 350 francs dans l'opération ; ces 350 francs étant considérés dans le cadre de la négociation au niveau confédéral comme correspondant au risque que la caisse maladie prend de ne pas obtenir ces 15%. Il ajoute qu'il est possible de discuter de l'équité du procédé, ce d'autant que, pour l'instant, sur les 39 millions de francs qui ont été payés, ils ont obtenu 100 000 francs des assureurs. On peut se poser la question de savoir si la personne était vraiment insolvable ou si finalement l'assureur, après avoir obtenu 850 francs n'est pas plutôt plus du tout motivé à courir après les 15% manquants et laisse couler les choses. Il a justement préparé une lettre à l'attention de l'Office fédéral des assurances sociales la semaine passée pour demander quel est le contrôle qui est fait sur les caisses et sur le suivi des débiteurs. Car s'il n'y a aucun suivi, le canton ne peut rien faire ; ils sont à la merci du travail que l'assureur veut vraiment faire pour obtenir ces 15% manquants. Il ajoute que finalement c'est une assurance sociale qui n'est jamais déficitaire vu que les assurés sont toujours priés de combler les trous par l'augmentation de leurs primes.

La commissaire Ve revient sur la question des actes de défaut de biens et comprend qu'ils sont chez l'assureur et jamais au service de l'assurance-maladie. M. Mazzaferri répond que non, plus depuis le 1^{er} janvier 2012 depuis que le droit a changé. Il ajoute qu'avant ce système, il y avait des suspensions de prestations. M. Poggia explique que les cantons ont pris cet engagement qui peut poser des problèmes financiers mais qui, comme il rappelle, avait auparavant des inconvénients graves pour les assurés, car ces derniers se voyaient suspendre leurs prestations tant qu'ils ne s'étaient pas mis à jour. M. Poggia explique que tous les cantons ont constaté des

différences énormes entre les montants versés pour éviter cette suspension de prestations et ce qui leur est revenu – il y a cependant peut-être un décalage vu que le système a commencé en 2012. Malgré tout, l'écart est tellement important que l'on peut se demander quelle est la réelle volonté des assureurs de faire valoir les actes de défaut de biens. Il ajoute que la question se pose aussi de savoir comment les frais engagés par les assureurs sont déduits. Sur ce point, il n'a pas encore de réponse, il les donnera quand il les aura.

La commissaire Ve demande qui contrôle, lorsque l'assuré a payé son acte de défaut de biens, que l'assureur reverse bien au canton concerné. M. Poggia répond que ce devrait être l'OFSP.

Une commissaire EAG demande si le système exposé tout à l'heure (où l'Etat rembourse le 85% et où la caisse maladie rétrocède le 50%) valait aussi lorsqu'il y avait la suspension de prestations avant 2012. M. Poggia répond que non ; il y avait auparavant un système beaucoup plus compliqué. Le canton rachetait l'acte de défaut de biens à cette époque à 100% pour éviter la suspension et reprenait la créance. Mais il y avait un gros problème, à savoir que, souvent, l'Etat rachetait la créance du débiteur x, mais la poursuite engagée par l'assureur restait inscrite dans les poursuites ; il y avait des périodes de flottement et l'assuré ne savait pas que l'Etat avait payé pour lui ; donc l'Etat payait pour lui et l'assureur continuait à suspendre les prestations alors même qu'il avait obtenu la somme de l'Etat, car dans la comptabilité de l'assurance il y avait toujours la créance inscrite.

La commissaire EAG demande si c'était également l'OFSP qui était censé vérifier cela. M. Mazzaferri répond c'était une loi cantonale et qu'il n'y avait aucune disposition au niveau fédéral sur une modulation, ou non, de racheter les actes de défaut de biens. C'était le canton de Genève qui avait décidé que les actes de défaut de biens devaient être rachetés. Ensuite, la modification de la LAMal a uniformisé les pratiques au niveau de la Confédération et a mis fin au système des suspensions de prestations qui a fait beaucoup de mal au canton. Elle prend l'exemple d'une famille ayant cinq ou six années de retard, indépendamment de ce que le SAM aurait pris en compte. Elle demande si, au moment où on ferait le calcul rétroactif de ce qui est dû et de ce qui doit être rétrocédé au SAM, un calcul est fait en fonction des différents régimes. M. Mazzaferri répond que tous les actes de défaut qui ont été achetés avant 2012 sont propriété de l'Etat de Genève. Tous ceux qui sont post-31 décembre 2011 sont dans ce système du 85%. M. Poggia ajoute que la situation avant était très complexe pour la personne qui voulait se désendetter. On ne sait pas trop à quoi les assureurs attribuaient les montants qu'ils recevaient (s'ils les attribuaient à la dette la plus ancienne ou aux primes courantes). Il n'imagine même pas combien de coulages il a dû

y avoir entre les paiements faits à double par l'Etat et les assurés. M. Mazzaferri précise qu'en ce qui concerne le SAM, il est certain qu'ils ont payé tout ce qu'ils devaient payer. M. Poggia répond qu'il n'en doute pas, mais il disait qu'il est possible que les assureurs aient payé à double ce qui avait déjà été payé par l'Etat.

M. Mazzaferri évoque également la problématique des familles qui étaient sur la même prime : toute la famille était mise aux poursuites pour une demi-prime non payée ou pour une franchise impayée et les prestations étaient suspendues pour toute la famille.

Un commissaire UDC remarque que l'Etat dépense des sommes astronomiques pour payer des primes à des gens qui ne peuvent pas les payer. Dans un souci d'économie, il se demande s'il ne serait pas plus économique de rembourser directement les soins de ces gens au lieu de payer leurs primes. M. Poggia répond que c'est une bonne question. Cependant, la question est exclusivement traitée par le droit fédéral et les cantons n'ont pas le choix : l'assurance est obligatoire et le corollaire est que l'on doit payer des primes. Si l'Etat payait les frais médicaux, cela n'empêcherait pas qu'il faudrait quand même payer les primes en plus.

Le commissaire UDC demande si ce ne serait quand même pas beaucoup moins cher. M. Poggia ne sait pas. Il explique que les personnes concernées sont souvent précarisées. Il rappelle par ailleurs que l'on n'est pas tous égaux devant la santé ; il ajoute que les gens qui ne se soignent pas sont souvent des gens qui, lorsqu'ils ont des problèmes, coûtent très cher au niveau du traitement. Il est donc difficile de faire une appréciation. C'est une réflexion purement théorique car, au niveau cantonal, ils n'ont aucune marge de manœuvre. M. Bretton ajoute que la question ne se pose pas dans le droit fédéral. Une réflexion sur ce point serait totalement théorique. Cela étant, ils sont en train de réfléchir à un système qui incite quand même les bénéficiaires d'aide sociale et de prestations complémentaires à aller dans les réseaux de soins pour faire en sorte que l'Etat puisse baisser les coûts – qui sont aujourd'hui à 482 francs avec des franchises à 300 francs. Il rappelle que toutes les personnes qui sont à l'aide sociale et aux prestations complémentaires sont dans des franchises à 300 francs. L'Etat paie donc les premiers 300 francs, la quote-part et ensuite tout est pris en charge. M. Poggia ajoute qu'ils pourraient imaginer, et ils y travaillent, que la franchise soit plus élevée puisque, de toute façon, l'Etat la paie. Mais il s'agit d'un calcul de risque ; peut-être qu'il y a plus intérêt à payer ces premiers 2500 francs de frais médicaux partant de l'idée que peut-être une partie de ces assurés sont des gens quand même en bonne santé et pour lesquels on ne

dépasserait pas cette franchise. Donc, le bénéfice qu'ils feraient au niveau de la réduction de prime permettrait peut-être de gagner quelques millions.

Un commissaire MCG croit se souvenir que, dans les années 90, au début de la nouvelle LAMal, si on ne payait pas les primes, il n'y avait pas de procédure de recouvrement – en tout cas pas brutale. A tel point que certaines personnes avaient même fait la grève de l'assurance-maladie et n'avaient pas payé les sommes supplémentaires. Un durcissement a eu lieu à l'époque de M. Couchepin, lui semble-t-il. Il souhaite savoir si le département peut le renseigner sur ce point. M. Poggia répond que, jusqu'en 1996, il n'y avait pas la LAMal, donc pas d'assurance obligatoire. Genève connaissait à ce moment-là l'assurance-maladie obligatoire selon le système genevois. Il ne peut pas dire comment était le système ; il pense que cela devait être une assurance encaissant les primes mais sans suspension totale des prestations ; il imagine qu'il y avait une compensation. Il est vrai que M. Couchepin, considérant que ceux qui ne payaient pas les primes étaient des personnes de mauvaise volonté, des profiteurs du système, avait instauré ce système de suspension. Ensuite, il s'est avéré qu'il y avait plus de pauvres en Suisse qu'on ne l'imaginait. M. Couchepin est donc revenu à la réalité et le système a été changé, mais c'était déjà du temps de Burkhalter.

Le commissaire MCG demande si le coût du contentieux a été évalué (contentieux de l'Etat mais aussi des caisses maladie). M. Poggia répond qu'il n'y a plus de contentieux depuis ce système ; il n'y a que les caisses maladie qui ont un contentieux. L'Etat paie 85%, il n'y a donc pas de frais de poursuite – plus depuis le 1^{er} janvier 2012.

Le commissaire MCG demande ce que cela changerait à ce niveau avec la caisse publique. Il demande si ce serait plus facilement gérable ou s'il n'y aurait pas de changement. M. Poggia répond que la caisse publique ne touche pas ce système-là. La LAMal n'est pas touchée par la caisse publique dans son système actuel. Par contre, il explique qu'ils ont aujourd'hui un système assez opaque en ce qui concerne les procédures engagées pour le recouvrement. Il part de l'idée que, dans une caisse publique dans laquelle la direction serait confiée aux collectivités publiques, aux assurés et aux prestataires de soins, tout le monde aurait intérêt à ce que toutes les personnes pouvant payer les primes les paient. Il ajoute que la caisse publique n'a pas pour vocation de changer ce système-là. Par contre, dit-il, il y aurait une gestion de proximité, puisque la caisse publique aurait ses antennes cantonales dans le système imaginé ; il y aurait donc une antenne genevoise de la caisse publique, et sur la laquelle le canton aurait son mot à dire, qui s'occuperait de la question du recouvrement. Il ajoute qu'il a reçu la semaine dernière l'avis qu'il recevra tous les éléments pour la fixation des primes

2015 le 8 août ; il aura jusqu'au 18 août pour se prononcer sur la validité des augmentations des primes. Il laisse à la commission imaginer comment un service peut, dans un si court délai, s'occuper de ce genre de questions. Comme le contrôle dans cette caisse publique ne serait plus le fait de l'OFSP mais de l'antenne cantonale, il imagine qu'ils auraient beaucoup plus de temps pour examiner les choses de près qu'aujourd'hui.

Un commissaire UDC revient sur ces fameux 85% payés par l'Etat et demande si les subprimes des caisses maladie – les surfacturations des assurances-maladie – sont aussi incluses dans ces 85% payés par l'Etat de Genève. Comme le remboursement n'est pas du tout arrivé, il demande si pour ce qui a été payé en trop par l'Etat de Genève il y aura un remboursement unique ou si l'Etat de Genève bénéficiera d'un remboursement au franc près. M. Poggia répond que la règle est que l'on rembourse à chaque assuré, domicilié dans le canton au moment du remboursement, le montant qui a été décidé. Selon une évaluation, ce serait approximativement 250 francs par résident genevois ; ce sera versé sur trois ans (2015 à 2017) en une fois (donc pas 2,50 francs par mois, mais peut-être, trois fois 75 francs). Une question se pose cependant : parmi ceux qui vont recevoir cette baisse de prime, il y aura certainement des gens qui n'auront pas payé les primes qu'on leur rembourse. De la même façon qu'il y aura des cas, à l'inverse, où ceux qui ont quitté Genève ne recevront jamais de remboursement. La situation est évidemment insatisfaisante, mais cela reste comme ça. Pour autant qu'il sache, Genève ne récupérerait pas ce qu'il aurait payé en trop. Ce serait juste, mais il imagine que le temps et les fonctionnaires nécessaires pour cela coûteraient plus cher que le remboursement. Ils préfèrent donc ne pas y penser.

Un commissaire UDC évoque le cas des jeunes ne travaillant pas, qui partiraient en voyage et dont les parents ne paieraient pas les primes. Il demande s'ils disposent de statistiques sur ces personnes se retrouvant avec des dettes énormes et des actes de défaut de biens avant même d'avoir commencé à travailler. Il demande ce qu'il se passe pour ces gens. Il demande si le fisc leur court directement après, dès qu'ils commencent à travailler. Il demande également si l'on connaît le nombre de ce genre de cas. M. Mazzaferri ne connaît pas le nombre, mais il répond que les jeunes adultes qui doivent payer leurs primes et qui sont extrêmement endettés sont effectivement régulièrement mis aux poursuites. Il explique que, lorsqu'ils ont une poursuite, c'est une poursuite de la caisse maladie et cette dernière ne lâchera pas la poursuite pendant vingt ans. Même si l'Etat paie 85%, cela ne libère pas la personne de la poursuite. Il n'y a donc aucun intérêt à ne pas payer son assurance-maladie. M. Poggia ajoute que vis-à-vis de la caisse

maladie, les actes de défaut de biens sont imprescriptibles pendant vingt ans. Cela crée effectivement des problèmes en matière d'endettement des gens. Le commissaire UDC remarque que ces jeunes adultes sont donc obligés de se coincer dans le système dès leurs 20 ans. M. Poggia répond que ces jeunes, si pendant leur voyage lointain ils tombent malades ou ont un accident, sont assurés selon la LAMal, car précisément l'Etat aura payé le 85% de leur dette, et ils n'auront pas de suspension de prestations. S'il reste sur l'exemple évoqué par le commissaire UDC, ces jeunes partent malgré tout avec une certaine irresponsabilité en se disant qu'ils ne tomberont jamais malades ou qu'il ne leur arrivera jamais rien.

Une commissaire Ve revient sur les catégories de personnes évoquées en début d'exposé recevant automatiquement des subsides. Elle demande qui sont ces personnes. M. Mazzaferri répond que ce sont toutes les personnes rentrant dans le barème. Toutes les personnes qui sont entre 0 et 38 000 francs de revenus par année reçoivent automatiquement un subside. M. Bretton précise qu'il s'agit d'une particularité du système genevois. Dans les autres cantons, les personnes doivent faire la démarche elles-mêmes. Certaines personnes s'étonnent même de recevoir la prime. M. Poggia pense que c'est un sujet sur lequel il faudra se pencher. Genève a raison de se poser la question d'être généreux dans beaucoup de situations, alors que dans d'autres, il y aurait lieu d'y réfléchir. La commissaire Ve relève qu'il a été expliqué que les primes des personnes à l'assistance et bénéficiaires de prestations complémentaires sont prises en charge à 100%. Elle ajoute qu'avant l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-maladie, si elle a bien compris, le corps de police n'avait pas de caisse maladie, mais l'Etat prenait en charge tous les frais médicaux. Elle demande si l'Etat prend en charge les primes depuis l'entrée en vigueur de la LAMal ou si les employés du corps de police paient leur prime. A titre informatif, elle demande s'il y a d'autres catégories au sein de l'Etat bénéficiant du même traitement. M. Poggia répond qu'à sa connaissance, c'était historiquement dans la loi que l'Etat a toujours pris en charge les frais d'assurance-maladie des fonctionnaires de police, considérant les risques quotidiens du métier : ils peuvent subir un accident ou une contamination. Il pense qu'il en va de même pour les gardiens de prison. Il ignore si les médecins bénéficient du même traitement.

Un commissaire PLR répond que ce n'est pas le cas des médecins.

Un commissaire MCG précise que cela date des années 70 ; c'est notamment dû au fait qu'il y avait une variation de salaire. A l'époque, on parlait d'augmentation de salaire ou d'augmentation de prime. C'est dû au fait qu'une prestation salariale était retirée à la police ; de fait, l'Etat a décidé à l'époque de conserver cette prime, aussi en raison du fait que cela fait partie

du métier de se blesser. Or, si les primes n'étaient plus payées, il y avait la crainte que les policiers n'aillent plus au contact avec les gens. Il précise que pour avoir davantage de détails sur ce point, il faudrait inviter M. Roger Golay, car il a fait partie de ceux qui ont négocié cette prestation que la police a aujourd'hui. M. Mazzaferri précise que ce n'est pas payé par le SAM. M. Poggia ajoute que c'est une prestation salariale de l'Etat. M. Mazzaferri continue la présentation et en vient au PL 10547 qui prévoit que toutes les personnes dont le total des primes dans un régime familial dépassant 8% du revenu total se verraient subsidier par l'Etat. Il explique qu'avec ce système, le subside dépendrait de deux variables différentes : du revenu mais aussi de la prime d'assurance-maladie. C'est une différence importante. Il détaille les inconvénients du système. Il explique qu'ils avaient fait en 2010 une estimation des coûts ; à l'époque il avait été estimé que le projet de loi coûterait entre 600 et 650 millions de francs à l'Etat, donc 3 millions de plus que ce que l'Etat verse pour les subsides actuellement. C'était en 2010, mais il pense qu'aujourd'hui cela doit plus être dans l'ordre des 800 millions de francs puisque les primes ont augmenté de manière importante. Il évoque un autre problème, à savoir que le subside serait également accordé aux classes moyennes supérieures. Il a été calculé que, pour un couple de deux personnes avec deux enfants, ce couple recevrait une aide de l'Etat pour payer sa caisse maladie jusqu'à 177 000 francs de revenus (actuellement c'est 82 000 francs). Ce calcul figure dans la présentation PowerPoint. M. Mazzaferri ajoute que c'est quelque chose qui va augmenter perpétuellement et qu'ils ne maîtrisent pas du tout, puisque le montant des primes est fixé par l'assureur. Le canton perdrait totalement la maîtrise du budget et les assureurs dicteraient la loi sociale des subsides. Il ajoute qu'avec ce système et la manière dont il a été pensé, tout le monde serait incité à prendre une prime à 300 francs de franchise. Il y aurait donc de ce fait de fortes chances que la consommation de soins augmente. Il explique que, d'un point de vue plus technique, le système serait très compliqué et coûteux à mettre en place, car il faudrait connaître la prime exacte de chaque assuré et il faudrait que les assureurs transmettent les informations sur tous les assurés ; ce n'est pas prévu dans la loi fédérale. Il y a également le problème des subsides qui seraient donnés au groupe familial alors que la famille peut être assurée dans plusieurs caisses. Ce serait donc d'autant plus compliqué à mettre en œuvre. Leur proposition est d'attendre le résultat du vote qui aura lieu de 28 septembre, car cela pourrait tout changer. M. Poggia ajoute qu'il verrait une loi comme celle-ci avec quelques craintes, compte tenu des efforts qu'ils font pour essayer de présenter un budget équilibré. Il serait malvenu que le budget explose avec ce genre de prestations, sans parler des difficultés pratiques expliquées et qui nécessiteraient en plus

l'engagement de collaborateurs supplémentaires pour suivre ces dossiers. Cela deviendrait très compliqué d'avoir budget un équilibré.

Un commissaire S remarque qu'il est vrai que projet de loi a été déposé en 2009 mais, encore une fois, il répète qu'il n'invente rien ; il se réfère à un message du Conseil fédéral qui proposait que cela soit compensé par les cantons jusqu'à 8%. Il revient sur le fait qu'il a été évalué que cela engendrerait un coût de 300 millions de francs ; cela était situé en 2010 et non pas en 2014. Il demande s'il y a un pourcentage (un pourcentage permettant une règle arithmétique relativement simple) qui correspondrait à la situation actuelle dans une perspective soit de neutralité du coût soit d'une légère augmentation. Il demande si des calculs ont été faits dans ce sens. Il ajoute que le chiffre de 8% est une référence historique ; il demande donc quel serait un pourcentage raisonnable à proposer aujourd'hui – si l'on gardait cette méthode de calcul.

M. Mazzaferri répond qu'évidemment, si l'on augmente le pourcentage, la dépense va diminuer. Il ajoute qu'ils devraient aller trop loin dans l'augmentation du pourcentage pour avoir une dépense équivalente à la dépense actuelle. M. Poggia comprend que la question est de savoir si, en fixant le pourcentage à 6% plutôt qu'à 8%, ils arriveraient à la situation actuelle. Il pense que tout peut se calculer au niveau de la masse ; la question n'est pas de savoir comment arriver à une masse équivalente pour avoir un effet nul. Si l'effet est nul alors l'on va finalement aider le riche et le pauvre de la même façon, alors qu'aujourd'hui le système aide massivement les plus démunis ; au contraire, ils arriveraient à un effet inverse à celui souhaité par les initiants. Il rappelle la complexité du système : il faut connaître les revenus de chacun chaque année pour connaître la subvention. Il estime que le système actuel ne fonctionne pas trop mal et qu'il est même très généreux. On peut se poser la question de savoir s'il vaut la peine de changer un système pour changer les bases de données. Pour lui, ce serait beaucoup de travail pour peu d'intérêt. Il pense qu'il est possible de faire le calcul mais qu'ils feront face au même dilemme, c'est-à-dire de savoir s'il faut changer le système qui est aujourd'hui dégressif. Si le pourcentage est de 8%, ce qui reste de 92% est quand même plus important si on gagne 200 000 francs que si on en gagne 10 000. Le commissaire S demande s'ils adaptent ces seuils chaque année ou de temps en temps. M. Mazzaferri répond que le barème n'a été pas changé depuis 2007. Par contre la somme totale dépensée a augmenté chaque année de manière importante.

Le commissaire S demande s'ils ont le projet d'adapter ce barème. M. Mazzaferri répond que c'est le budget qu'ils accordent au service de l'assurance-maladie. Ce budget n'est pour l'instant pas prévu à la hausse. Il

explique que les caractéristiques de ce barème sont que les enfants qui sont subsidiés ont leur prime prise en charge à 100% ; les jeunes adultes le sont à moitié de la prime moyenne cantonale qui se situe vers 224 francs. Il ajoute que ce système genevois cible et aide beaucoup les familles. Donc, selon la prime qui est choisie pour les enfants, on ne paie pas de prime. Depuis quelques années, les primes ont augmenté pour les jeunes adultes de manière très importante. Pour ces derniers, le Conseil d'Etat a décidé de faire un effort et le barème a été élargi de manière considérable.

Le commissaire S demande si avec la caisse publique, toutes les données qu'ils viennent de leur transmettre, y compris celle de la complication administrative, seraient à revoir et réétudier. M. Poggia répond qu'a priori, non. Il explique que la caisse publique ne serait pas une révolution au niveau des principes. La caisse publique n'est pas l'Etat. L'Etat de Genève continuerait à subventionner, comme c'est le cas actuellement, avec une caisse publique. Par contre, il y aurait, au niveau de la fixation des primes, un contrôle qui serait beaucoup plus efficace. A son sens, ils ne peuvent qu'être plus efficaces qu'avec le système actuel, ce dernier ne l'étant que très partiellement. L'idée est qu'avec la caisse publique, il y aurait une meilleure adaptation des prix par rapport aux coûts réels. Il évoque également la question des réserves qui sera peut-être repensée.

Un commissaire PLR relève que le commissaire S fait référence au message du Conseil fédéral qui expliquait le bien-fondé de ce projet de loi déposé en 2009. S'il a bien compris, dans l'exposé des motifs, le message du Conseil fédéral fait référence aux débats qui avaient précédé le vote populaire de 1994 sur la LAMal. Il pense que, déjà à l'époque en 2009, le projet de loi se référait à une situation pré-LAMal de 1994 ; selon lui, cela atténuait la pertinence du projet de loi déjà à l'époque. Il se demande s'ils ne devraient pas le réactualiser. Il fait remarquer par ailleurs que les Français paient entre 8% et 12% de leurs revenus pour être affiliés à la sécurité sociale, et la couverture de la sécurité sociale est bien inférieure à la LAMal. Il demande au commissaire S s'il faisait bien référence au message fédéral de 1994. Celui-ci confirme et explique que c'était important pour lui, par rapport à des personnes qui pensaient qu'ils avaient inventé ce chiffre de 8%, d'avoir une base même si elle datait de 1994.

M. Poggia précise que c'est M^{me} Dreifuss qui avait sorti ce chiffre, de bonne foi, car elle y croyait. Il ne souhaite pas faire de comparaison avec d'autres pays, mais il est clair que les primes sont chères et clairement insupportables en Suisse pour une grande partie de la population pour qui elles sont même, pour certaines familles, plus chères que le loyer. Il ajoute que c'est la raison pour laquelle des sommes non négligeables sont investies

quotidiennement par l'Etat. La question est maintenant de savoir s'ils sont prêts à ajouter 300 millions de francs pour ce genre de rubrique alors que le problème principal, il est vrai, est vraiment la prime ; mais la prime devrait être la résultante des coûts. Il explique qu'il y a réellement du travail qui est fait au niveau cantonal. Il pense qu'il est juste que les cantons qui font un bon travail puissent en bénéficier, d'où l'intérêt de cette caisse publique ; car, si les Genevois font des efforts avec un département de santé travaillant bien, peut-être que les Genevois pourront directement tirer les fruits des efforts qu'ils feront.

Un commissaire UDC revient sur la question du commissaire S sur des pourcentages éventuellement plus digestes. Il a compris que le magistrat avait répondu 6%. Mais à son sens, il faudrait au contraire augmenter.

M. Poggia répond qu'il a raison ; son raisonnement disait l'inverse et était effectivement faux.

Le commissaire UDC pense donc que cela tournerait plutôt autour de 15 ou 20. Ensuite, il se demande si le projet de loi ne pose pas le problème de tout ce qui est issu des transactions en capital. Il se demande s'ils ne se retrouveraient pas avec des gens ayant des revenus qui ne sont pas pris en compte. Certaines personnes n'ont pas des revenus très élevés mais produisent en revanche au travers de leur capital des revenus qui n'apparaissent pas forcément. Par rapport au commentaire du commissaire PLR sur la sécurité sociale, il pense qu'il ne faut pas oublier qu'en France, la sécurité sociale englobe le remboursement médical et le social. En Suisse, par définition, le social est sorti des caisses maladie. Il n'est donc pas possible de comparer le système de sécurité sociale français. Le trou de la sécurité sociale en France c'est le social – qui, par définition, est inévitablement déficitaire. Il pense que cette comparaison est vraiment celle des gens qui sont contre la caisse unique. Il pense qu'il est important de rappeler que la sécurité sociale englobe deux volets, ce qui n'est pas le cas en Suisse.

M. Poggia abonde dans son sens ; il est vrai que la fortune n'est pas du tout prise en compte ; quelqu'un pourrait ne pas avoir de revenu mais avoir une énorme fortune.

Une commissaire EAG pense que cela a déjà été corrigé. M. Poggia répond que cela n'a pas été corrigé dans le projet de loi soumis. En revanche, bien entendu, le département prend déjà cela en compte. Un commissaire MCG revient sur le fait que le chiffre de 8% date de 1991 (du message du Conseil fédéral concernant la révision de la caisse maladie du 6 novembre 1991). Il remarque qu'ils partent donc d'une promesse datant d'il y a 22 ans pour arriver maintenant à une demande et que cela lui paraît dangereux, ce

d'autant plus que des efforts ont été faits au moment où la LAMal a été introduite. Il y a eu une prise de conscience en ce qui concerne les familles et les enfants. Il pense qu'il faudrait plutôt aller dans cette direction, à savoir aller dans le sens d'une aide ciblée pour les familles et les jeunes adultes. Toute la question est de savoir s'ils disposent des moyens pour payer cela. Or, s'ils veulent faire encore plus, il faut savoir où ils peuvent couper, en tenant compte des difficultés budgétaires actuelles. Il ajoute que la LAMal, telle qu'ils la connaissent, a commis un certain nombre d'erreurs, à savoir qu'elle a sorti entièrement les complémentaires de l'assurance sociale pour en faire des assurances privées. Il pense qu'il s'agit d'une des lacunes du système parmi d'autres. Il ne souhaite cependant pas ouvrir le débat là-dessus, mais pense qu'il faut faire une aide ciblée plutôt que d'aller dans la direction du projet de loi.

Une commissaire Ve entend bien qu'à l'époque en 2010 le calcul faisait état de 300 millions de francs supplémentaires et qu'il est complexe de refaire ce calcul ; elle comprend également que la question de savoir sur quel pourcentage s'appuyer est complexe. L'Etat de Genève a quand même fait un calcul en matière de loyer, concernant la charge maximum qu'une famille ou une personne doit pouvoir supporter ; ce chiffre se situe entre 24 et 26%, sauf erreur de sa part. Cela permet de délivrer une allocation de logement pour ceux où cela dépasse – évidemment à certaines conditions. Elle pense qu'ils pourraient suivre un raisonnement semblable à celui effectué à l'Etat de Genève afin de déterminer la part supportable en matière d'assurance-maladie de base et pour avoir un calcul plus précis de ce que cela pourrait coûter à l'Etat. Ils s'appuieraient ainsi sur des éléments plus tangibles que « on ne dispose pas 300 millions de francs supplémentaires ». Pour faire son choix, elle souhaiterait avoir des chiffres plus proches de la réalité.

M. Poggia répond que, compte tenu de l'augmentation des primes, le montant serait en tout cas supérieur à 300 millions de francs. Comme ils considèrent que le système actuel est bon, voire généreux, ils ne vont pas faire un tableau sur toute la palette de possibilités ; il pense que ce n'est pas le rôle de l'Etat. Cependant, si la commission se met d'accord pour demander combien cela ferait, ses services sont à leur disposition. Mais le département a déjà trop de travail pour faire une autre proposition. Il répète que le système actuel est très généreux et il ajoute que son grand avantage est d'avoir inscrit la solidarité et l'obligation de s'assurer. C'est ce qu'il peut leur transmettre au niveau politique. Ses services feront ce que le parlement leur demandera de faire.

La commissaire Ve le remercie, néanmoins elle souhaite revenir sur son interrogation, à savoir à combien ils peuvent estimer la charge supportable en

termes de pourcent. Par rapport à la question du logement, il y a eu forcément une étude de la part de l'Etat. Elle aimerait savoir comment cela été fait. Elle demande si cela avait été confié à une institution universitaire. Elle demande comment le chiffre de 24/26% a été déterminé et se demande pourquoi on ne pourrait pas faire le même type d'évaluation pour l'assurance-maladie. Elle pense que l'on ne peut pas imaginer qu'une famille mette entre 3000 et 4000 francs par mois pour la caisse maladie ; actuellement c'est déjà facilement 1200 à 1300 francs pour la caisse maladie de base avec une franchise minimale. On ne peut pas imaginer de continuer d'aller sur un mode exponentiel. Cela ne sera plus possible et les cantons vont devoir faire quelque chose. Elle pense que cela vaudrait la peine qu'un institut universitaire mène une étude qui pourrait estimer à combien cela est supportable.

M. Poggia répond que la notion de « supportable » pour une charge financière est quelque chose d'extrêmement politique, comme l'était la décision qui a été prise concernant les loyers. La situation actuelle n'est pas supportable moralement ; ils sont tous d'accord là-dessus. Mais la question qui se pose est de savoir si les primes que l'on paie sont conformes aux coûts que l'Etat gère. Si la réponse est oui, la question ne sera plus de savoir si les primes sont supportables mais plutôt de savoir par qui elles devront être supportées. Il pense que s'ils veulent maintenir la qualité de soins actuelle, il faudra se demander si la part à charge des individus doit être baissée, et si oui, payée par qui, par quelles sources de revenus. Il pense que l'on peut demander à n'importe quel expert à partir de quand c'est insupportable et il répondra que c'est insupportable dès que l'on doit couper sur des besoins essentiels. Mais il faut ensuite déterminer ce qui est essentiel ; la réponse diffère certainement selon qu'on la pose à un Genevois ou à un Uranais. En caricaturant volontairement l'exemple pour illustrer cet argument, peut-être que, pour un Genevois, ce qui est essentiel c'est d'avoir un minimum de loisirs et que c'est le minimum que l'on est en droit d'exiger, alors que pour un Uranais vivant en pleine campagne avec ses vaches, les vacances ne sont pas de la même priorité. C'est pour cette raison qu'ils ne peuvent pas demander à un expert à partir de quand un montant est insupportable.

Un commissaire PLR pense que les chiffres qui ont été présentés sont terrifiants. Hormis le coût, il pense qu'il y a un problème de positionnement politique. Sachant qu'il y a cette dégressivité et des seuils de sortie, il pense que le système actuel est bon. Sa vision concernant ce qu'il peut faire de social en tant que PLR c'est qu'ils puissent aider ceux qui en ont vraiment besoin. Ce système aide les plus jeunes et particulièrement les enfants, pour lesquels il estime par ailleurs que les assurances ne sont pas chères. Il

s'adresse à la commissaire Ve et se demande d'où elle sort ce chiffre de 3000/4000 francs d'assurance-maladie.

Celle-ci répond qu'elle a cité ce chiffre en imaginant ce que cela pourrait devenir à terme. Le président ajoute que le problème majeur concerne les personnes que le projet de loi touche. Ce qui le choque profondément c'est que, à 177 000 francs par année, on puisse toucher le subsidie ; il estime qu'avec ce revenu on n'en a pas besoin. Ce système subventionnerait donc une partie de personnes qui n'ont pas besoin de ces prestations. Pour sa part, il n'est pas contre qu'on aide mieux ceux qui en ont besoin, mais il n'est pas favorable aux subsides pour les classes moyennes supérieures. Il pense qu'ils sont sur un positionnement difficile. Il estime que chaque personne, chaque foyer a ses priorités de dépenses – sur lesquelles il ne porte pas de jugement –, mais la question de savoir quand c'est insupportable est importante, surtout si l'on regarde le genre de consommations de certains jeunes, notamment avec tout ce qui est investi dans la téléphonie et autres abonnements qui représente une part considérable du budget et qui mène souvent à l'endettement. Il pense qu'il y a également une responsabilité du foyer familial là-dessus. Il invite la commission à ne pas aller plus loin dans ce projet de loi et à le retirer. Il pense que le but fondamental est de ne pas arroser n'importe qui. Il estime qu'avec ce projet de loi, ce serait de l'argent mal investi. Il propose d'attendre les résultats du vote du 28 septembre et de reprendre le débat peut-être après.

Un commissaire UDC avait compris que ce que l'on attendait d'un groupe est qu'il propose des projets de lois et qu'ils aient une réflexion ensemble dessus. Là, pour lui, ils sont en train de faire un brainstorming sur un projet de loi qu'ils savent caduc, qui arrose des gens trop fortunés, dont les chiffres ne sont pas bons, où certains éléments de fortunes ne sont pas pris en compte et dont le département a dit qu'il coûterait trop cher. Il remarque qu'ils sont en train de poser des questions au magistrat en lui demandant de fournir des chiffres afin de rendre ce projet viable. A son sens, la seule question à se poser est de savoir si les primes des caisses maladie correspondent au prix des dépenses pour la santé. Il a l'impression qu'ils sont en train de faire du bouche-à-bouche à un projet de loi qui n'a aucune chance de passer la rampe et qui en plus coûtera cher – même s'il ne dit pas qu'il n'avait pas de sens à l'époque. Mais, pour lui, ils ont fait le tour de la question. Il lui semble qu'il serait bien d'éviter de demander au département de corriger leurs projets de lois. Ce projet de loi comporte plusieurs points qui ne fonctionnent pas et qui ne fonctionneront pas ; il y a trop de choses à régler. Il pense qu'il faut retravailler dessus, retirer le projet de loi, quitte à en proposer un autre plus tard.

Le président répond qu'il est toujours possible d'amender un chiffre.

Le commissaire UDC l'entend bien, mais il répond que ce n'est pas au département de le faire.

Un commissaire S entend bien le message selon lequel le projet de loi n'est plus d'actualité ; il entend bien également qu'il y a, par ailleurs, cette votation sur la caisse publique qui entre en ligne de compte. Il est d'accord avec le commissaire PLR sur ce point. Il pense cependant qu'ils ne sont pas en train de demander au département de faire le travail à leur place ; ils demandent simplement, puisqu'ils ont les chiffres, de leur dire ce que donnerait le calcul si on prenait trois pourcentages de 10, 15 ou 20%, en se basant sur des chiffres de 2013. Il demande simplement d'avoir ces trois informations pour que le parti socialiste puisse se prononcer, quitte à attendre effectivement le résultat de la votation de septembre. Mais, d'ici là, ils pourraient quand même avoir un chiffre précis, si c'est possible. M. Bretton répond qu'il est possible de faire ce calcul s'ils ont les 240 000 attestations fiscales anonymisées ; cela a été fait en 2010, mais il s'agit d'un énorme travail. M. Poggia ajoute qu'il n'est pas possible de prendre la masse fiscale du canton, de prendre un pourcentage et de comparer avec les primes ; ce n'est pas aussi simple. C'est cependant à la commission de décider ; il précise simplement que l'administration est loin d'être désœuvrée.

Un commissaire PDC constate qu'après cette discussion animée, il y a urgence en la matière. Il pense que le système de subsides actuel donne pleinement satisfaction. Il suggère de ne pas aller au-delà dans les discussions et de ne pas faire des calculs qui ne serviraient à rien. Il pense qu'attendre le vote sur la caisse unique est une bonne chose. Il estime également qu'il n'y a pas de raison d'accorder un délai supplémentaire ni d'aller de l'avant avec des calculs supplémentaires.

Un commissaire PLR demande que la commission vote formellement sur cette proposition de chiffres complémentaires. En ce qui le concerne, il s'y oppose.

Un commissaire MCG revient sur les calculs tels qu'ils ont été exposés plus tôt. Il demande s'ils tiennent compte des autres aides pour faire ces calculs.

M. Bretton répond par l'affirmative et explique que le service de l'assurance-maladie passe en premier dans la liste. Un commissaire MCG comprend donc que les autres aides tiennent compte de ce montant-là. M. Bretton confirme. Le commissaire MCG demande s'il est certain de cela, car il a remarqué que, dans le cadre de certaines fondations, des personnes touchent jusqu'à 60 000 francs par année d'aides cumulées ; il pense qu'il

s'agit de montants exorbitants par rapport à un revenu normal. M. Bretton répond que c'est bien l'idée du RDU et de la hiérarchie des prestations, à savoir de faire en sorte que, justement, les services en aval puissent connaître ce qui a été versé comme prestations en amont. Il rappelle que ce point avait par ailleurs déjà été soulevé lors d'une autre séance. Ils ont effectivement à Genève des situations de familles avec deux enfants, qui peuvent avoir jusqu'à 57 000 francs de prestations sociales par année.

Une commissaire EAG demande s'il est possible d'avoir une traduction des tableaux qui faisait partie de la présentation. Elle remarque qu'en fait il devrait y avoir des pourcentages de taux d'effort ; or, ils sont sur une échelle. Elle demande s'ils peuvent avoir cette traduction, car il y a déjà aujourd'hui un pourcentage ; cela doit exister et ne demanderait pas beaucoup de travail. Elle pense que cela pourrait donner une idée de l'échelle actuelle par rapport à ce qui est suggéré dans le projet de loi.

M. Poggia ne comprend pas vraiment ce qu'elle entend par « traduction ». Elle explique que le tableau donne des tranches de revenus ; mais il doit y avoir un taux d'effort sous-tendu en pourcentage. Elle demande s'il existe.

M. Mazzaferri répond qu'à l'époque quand le barème a été mis en place avec l'adoption de la LAMal et de LaLAMal qui l'accompagnait au niveau cantonal, d'après ce qu'il a entendu, le barème était fait en fonction l'enveloppe donnée au service de l'assurance-maladie. Il précise qu'à la base il n'y avait que trois colonnes ; il y en a maintenant six. Il explique que le groupe A correspondait grosso modo à l'époque au seuil d'intervention. Pour les groupes B et C, ils ont fait en fonction de l'argent qui restait. M. Bretton ajoute que le but est toucher les revenus les plus bas, c'est pour cette raison qu'ils partent de zéro avec un intervalle de 30 000 francs, puis de 30 000 à 60 000 francs et ainsi de suite. Il explique que, dans le système d'aide aux subsides, on touche en premier lieu les personnes les plus vulnérables et les familles avec enfants mais il n'y a pas de taux d'efforts calculé.

La commissaire EAG explique qu'elle a essayé sur la calculette de l'Office du logement pour la question du logement et pour un groupe de trois personnes avec un revenu imposable de 60 000 francs, on arrive effectivement à une situation d'un taux d'efforts de 26% avec un loyer à 1500 francs. Ils sont donc sur des taux relativement élevés et, à ce taux-là, la personne peut bénéficier d'une allocation logement. Elle pense donc qu'il pourrait être intéressant d'avoir le taux raisonnable imaginable pour des familles modestes afin de savoir de quoi les gens ont besoin. Car il est vrai que l'on imagine qu'avec 177 000 francs on peut se débrouiller tout seul, en revanche, il faut savoir de quoi les gens avec situations modestes ont

aujourd'hui réellement besoin pour pouvoir assumer toutes leurs charges. Elle pense qu'il faut avoir cette discussion et voir ce qui est le plus pertinent.

Un commissaire MCG pense qu'il est vrai qu'il faut avoir cette discussion sur le ciblage. Aussi, il ajoute que le MCG estime préférable de se battre contre les hausses autant que faire se peut et que le département se concentre à examiner les comptes des caisses maladie pour voir ce qu'ils peuvent faire pour freiner l'augmentation des primes. Il pense que ce serait plus utile que de passer un temps considérable à faire des calculs et des estimations. Concernant les allocations de ressources, c'est peut-être aux députés de se demander quel type d'assurés devrait bénéficier de subsides supplémentaires. Il pense qu'il faut tenir compte de cela, mais le groupe MCG n'ira pas dans le sens d'études plus générales sur un pourcentage.

Une commissaire S revient sur le taux de 8%. Elle relève qu'il a été opposé par certains commissaires que ce taux datait de 1999 et n'était donc plus d'actualité, mais elle n'arrive pas à concevoir ce qui aurait pu évoluer depuis 1999 et qui justifierait de dire que ce taux de 8% ne serait plus d'actualité. Elle rappelle que l'on constate chaque année une augmentation du prix des primes d'assurance-maladie mais, comme l'a expliqué le département, pas d'augmentation des subsides. Il y a donc clairement une précarisation des personnes touchant les subsides et également de la classe moyenne et classe moyenne inférieure ne touchant pas de subsides mais qui subit l'augmentation des primes. A son avis, c'est donc toujours une question d'actualité. D'autant plus que de vouloir réduire les coûts de la santé lui paraît tout à fait louable mais ce n'est probablement pas possible sur le court terme. Elle ajoute que le Parti socialiste est tout à fait capable d'entendre les critiques concernant les coûts engendrés par ces mesures et concernant le public cible ; elle rappelle que, dès le départ des discussions sur ces projets de loi, le Parti socialiste a annoncé qu'il serait ouvert à l'idée de l'amender en augmentant le taux inscrit dans le projet. Cependant, pour faire ce travail, il leur faut des chiffres, sans lesquels ils ne peuvent pas travailler. S'ils veulent faire un travail sérieux, il lui semble normal qu'ils puissent disposer des chiffres si le département les possède. Elle appuie donc la demande du commissaire S concernant la demande au département des coûts engendrés par un taux à 10, 15 ou 20%.

Une commissaire PLR pense qu'il est question de modification de paradigme. Elle estime qu'ils peuvent demander au département de faire des calculs pour vérifier l'impact du projet de loi mais elle estime qu'ils ne parlent pas uniquement de choisir un taux : ils sont en train de modifier un système existant dans la méthode d'attribution qui favorise par son caractère dégressif et sélectif les populations les plus nécessiteuses. Elle pense qu'il

faut savoir s'ils souhaitent modifier ce système et, si oui, ils demanderont éventuellement au département des calculs. Le PLR s'oppose à ce projet de loi à l'heure actuelle, non seulement car le pourcentage ne correspond plus à rien aujourd'hui mais surtout parce qu'il modifierait totalement l'esprit de l'attribution de l'aide pour les personnes les plus nécessiteuses. Elle, ainsi que le PLR, est opposée au principe consistant à modifier le système actuellement en vigueur, qui est par ailleurs le plus adapté à la situation à Genève.

Un commissaire S relève que l'on vante un système qui marche et qui donne satisfaction. Il relève également que le responsable du SAM a dit plus tôt qu'il n'y avait eu aucune adaptation depuis 2007, sauf pour les 18-25 ans. Il s'agit d'un système où l'on compense des choses sans que les critères d'une adaptation de ce barème soient clairement définis. Lorsqu'il a demandé pour quand la prochaine révision/adaptation du barème était prévue, il a été répondu que rien n'était prévu. Il remarque par ailleurs que, lorsque l'on cite des chiffres montrant qu'il n'y a de toute façon pas d'argent, c'est aussi en se basant sur des chiffres de 2010 et, pour les chiffres d'aujourd'hui, c'est une simple approximation de ce que cela pourrait coûter qui est faite. Il explique que la demande est simple : il s'agit de demander ce que cela coûterait avec un taux de 10, 15 ou 20%. Son groupe maintient donc cette demande. Il pense qu'il vaut mieux se baser sur des chiffres concrets datant de 2013 plutôt que sur des estimations datant d'il y a quatre ans en arrière pour savoir et pour décider. Il leur retourne donc l'argument selon lequel les chiffres ne sont pas acceptables, car ils datent de 2010. Il ajoute que le PS est même capable de retirer un projet de loi si on lui démontre que les chiffres sont faux.

Une commissaire Ve revient sur l'intervention du commissaire PLR. Elle explique que si l'on prend la prime moyenne cantonale de quatre personnes, le montant est quand même de près de 2000 francs par mois ; si on prend un couple avec deux enfants jeunes adultes, elle est de 1800 francs par mois.

Le commissaire PLR entend bien mais répond que ce n'est donc pas 3000 à 4000 francs. Elle répond que non, mais c'est ce qui pourrait se passer à terme, dans dix ans, si cela continue sur cette voie. Le président rappelle qu'il y a eu plusieurs demandes d'auditions formulées par les commissaires : l'Association suisse des assureurs, section Genève ; la FRC, Genève ; M^{me} Beck, juriste au Bureau central d'aide sociale. Il y a également eu la demande de suspension du projet de loi jusqu'au 28 septembre en fonction de la votation sur la caisse publique, ainsi que la demande de chiffres supplémentaires au département. Par un souci de logique en termes de chronologie et afin de pouvoir bien s'organiser pour les prochaines séances à

la rentrée, le président soumet au vote en premier la demande de suspension du projet de loi jusqu'au 28 septembre. Pour : 8 (3 S, 1 EAG, 1 Ve, 3 MCG) ; contre : 5 (1 PDC, 2 UDC 2, PLR).

La proposition de suspension du projet de loi jusqu'au 28 septembre 2014 est acceptée. Dès la votation du 28 septembre, le projet de loi sera remis à l'ordre du jour. Le président précise que, puisque la commission décide de suspendre le projet de loi, il n'y a pas lieu de voter sur tout le reste.

Un commissaire PLR pense qu'il est difficile de reporter un projet alors que l'on ne sait pas ce que l'on fait avec. Pour lui, le vote est contraire dans la chronologie. Le président rappelle que lors de la dernière séance, la commission devait voter sur les auditions ; cela avait été suspendu afin d'entendre d'abord le département. Il y a maintenant une demande de suspension jusqu'à la votation du 28 septembre. Il mettra le projet de loi tout de suite après le 28 septembre à l'ordre du jour ; la commission votera évidemment sur le reste ainsi que sur l'entrée en matière. Il pense que la chronologie est correcte et rappelle que c'était la demande de la commission de geler le projet de loi jusqu'à la votation.

Séance du 28 octobre 2014 : reprise des travaux de la commission sur le PL 10547

Le vice-président rappelle que ce PL est proposé par le groupe socialiste. Une commissaire S prend la parole et déclare que ce PL avait été gelé dans l'attente de la votation populaire. Elle ajoute que son groupe considère à présent que cette problématique est toujours d'actualité et réitère sa demande d'obtention de chiffres de la part du département, soit le coût et le nombre de personnes concernées.

Un commissaire PLR remarque qu'il est difficile de comprendre cette position mais il rappelle que des chiffres avaient déjà été donnés par le département. M. Poggia acquiesce et rappelle qu'il y avait eu une prise de conscience du coût important, de l'aspect irréaliste de ce PL. Il observe qu'il est possible de refaire des calculs en prenant d'autres taux.

Un commissaire PLR observe que ces chiffres ont été donnés le 10 juin 2014. Un commissaire PDC rappelle que le groupe socialiste devait refaire des propositions quant au taux afin de rendre le projet plus réaliste. Un commissaire MCG déclare qu'il préférerait que le département s'applique à trouver des solutions pour attaquer les assurances qui font preuve de dysfonctionnements chroniques. Il ajoute que le principe du subsidie revient à financer le dysfonctionnement des assurances-maladie. Un commissaire PLR mentionne qu'avec un taux de 10%, le montant s'élevait à 300 millions par

année. Une commissaire S remarque que le plus simple serait d'obtenir de la part du département des évaluations afin de pouvoir reformuler le projet.

M. Poggia rappelle que certains commissaires indiquaient que ce n'était pas au département de faire le travail devant permettre au parti socialiste de modifier son PL. Mais il comprend la demande.

Un commissaire PLR rappelle que le vote d'entrée en matière n'a pas été réalisé. Il ajoute qu'une majorité au sein de la commission se dessinait en faveur du refus de ce projet. Il pense qu'il faudrait demander au Secrétariat du Grand Conseil de faire des recherches sur cet objet dans les PV. Un commissaire MCG ne voit pas comment il sera possible de faire des évaluations puisque des dérapages financiers sont envisageables dans ce type de loi.

Un commissaire PLR remarque que les caisses maladie essaient de faire payer les frais ambulatoires aux cantons. Il pense donc que ce sera au niveau des impôts que la différence sera perçue.

Une commissaire EAG déclare que les personnes auront d'autant plus besoin d'une aide si les primes d'assurance augmentent. Elle comprend l'inquiétude du commissaire MCG mais elle pense que son argument est insuffisant pour ne pas entrer en matière sur cette mesure. Elle rappelle que tout le monde avait convenu en son temps que le chiffre de 8% fixé il y a plusieurs années devait être revu.

M. Poggia déclare que le coût de la santé est le problème principal. Il ajoute que le second problème relève du financement de la santé. Il rappelle que le principe de primes par tête semble insupportable, et il mentionne que l'alternative est une participation de l'Etat. Il signale que le canton de Vaud a décidé d'augmenter ses subsides de prime maladie au vu de sa situation financière. Il pense, cela étant, que tôt ou tard, il sera question de baisser les primes tout en baissant les prestations, avec une compensation via des assurances complémentaires. Il déclare que si aucun moyen n'est donné pour empêcher l'installation de nouveaux cabinets médicaux, les coûts de la santé vont continuer à augmenter.

Un commissaire UDC déclare que le chiffre de 8% avait été articulé par le parti socialiste, ce qui implique que ce groupe a les moyens de faire des calculs. Il rappelle en outre que chaque groupe a les moyens d'engager un attaché parlementaire. Il se demande en outre si un PL qui se base sur des chiffres en évolution constante est bien réaliste. Il rappelle ensuite que les médecins et les pharmaciens représentaient en 2000 un impact de 18% sur les coûts de la santé, un coût qui est passé à 9%, et il observe que ce taux est parmi les plus faibles en Europe. Il se demande quels sont les secteurs qui

seront impactés en fin de compte par ces économies. Il mentionne qu'il est temps que l'on connaisse les efforts réalisés par les pharmaciens.

Une commissaire S déclare que le coût de la santé incombe à toutes les familles et elle ne croit pas que l'on puisse reprocher au parti socialiste de s'intéresser à cette question. Elle estime qu'il est légitime de demander au département de faire cette évaluation. Elle rappelle ensuite que c'est aux cantons, selon le Conseil fédéral, de prendre des dispositions si les primes d'assurances sont trop élevées. Elle demande ensuite si M. Poggia faisait référence, en ce qui concerne les réductions de prestations, à ce que M. Segond évoquait en son temps, soit les mandarins travaillant de manière privée au sein de l'hôpital cantonal.

M. Poggia répond qu'il y a une régulation des gains. Mais il rappelle qu'il est bon que les professeurs puissent avoir une clientèle privée puisque, cas échéant, ils partiront. Il observe qu'il ne faut pas inciter le départ de ces experts vers les cliniques privées, comme c'est le cas à Zurich. Il remarque qu'il faut faire très attention aux mesures prises dans le domaine de la santé puisqu'elles impactent des domaines parfois insoupçonnés. Il répète que le problème relève de facto de la hausse des coûts de la santé. Il mentionne que c'est le dossier le plus complexe au sein de son département. La commissaire S rappelle que l'externalisation du nettoyage des HUG a provoqué des surcoûts. Elle demande que les réductions envisagées soient faites avec une grande attention.

Un commissaire S signale que le 8% évoqué par le parti socialiste provient d'un message du Conseil fédéral. Elle répète que son groupe n'a pas les ressources pour articuler un tel chiffre. Elle pense que ce PL propose de mettre le débat sur la table et elle pense qu'il serait malvenu de la part de la commission de refuser les chiffres proposés.

Un commissaire PLR demande quel était le pourcentage que les Genevois consacraient à l'assurance-maladie lorsque ce 8% a été articulé, par rapport à maintenant. Il rappelle alors que les nouvelles technologies, le vieillissement et les demandes des patients sont les trois facteurs expliquant la hausse des coûts. Il signale ensuite que Neuchâtel rencontre un problème de couverture médicale puisque de nombreux médecins sont partis.

Un commissaire MCG déclare que la LAMal entraîne une situation ingérable et il pense que ce système est en échec. Il se réjouit de voir que le parti socialiste est devenu plus réaliste depuis quelques années à cet égard.

Une commissaire PLR en revient au PL et constate qu'une majorité de la commission avait décidé le gel de ce PL dans l'attente de la votation populaire. Elle déclare qu'il convient formellement de repousser cette

discussion ou de passer au vote d'entrée en matière. Le vice-président déclare qu'il ne fera pas ce vote à présent en l'absence du président. Il pense qu'il est possible d'agender ce projet dans trois semaines.

Séance du 4 novembre 2014 : suite des travaux de la commission

Une commissaire Ve indique qu'elle a relu la présentation PowerPoint reçue à propos des subsides ainsi que les notes de séance du 10 juin qui avaient été évoquées lors de la précédente séance (N° 26). Elle souhaiterait quelques éclaircissements quant aux chiffres avancés au cours de ces deux séances. Elle précise qu'elle ne parle pas des chiffres que les socialistes souhaitaient obtenir lors de la précédente. Elle explique que dans le PowerPoint de système de réduction des primes d'assurance-maladie, il a été précisé qu'il y avait trois catégories de subsides, celle qui concerne les travaux actuels de la commission est la catégorie des assurés qui ne sont pas à l'assistance ou au service des prestations complémentaires. Il y était dit que ceux-ci ne représentaient pas, sur la totalité des bénéficiaires, la plus grande partie. Cela représentait, selon les chiffres donnés, un chiffre global de 271,2 millions, et de 64,7 millions pour les subsides ordinaires. Aux comptes, cela restait des chiffres globaux. Dans le PV du 10 juin, il a été fait mention d'un coût supplémentaire, vis-à-vis de ces subsides-là de 300 millions. Ceci résultait d'une estimation des coûts datant de 2010. Elle précise quant aux chiffres retrouvés dans le PowerPoint qu'il s'agissait des subsides ordinaires, se chiffrant donc à 64,7 millions en 2013 et correspondant à 62 858 bénéficiaires. Elle estime que quelque chose ne joue pas. Au cours de cette discussion, à laquelle MM. Poggia et Mazzafferi étaient présents, il avait été expliqué qu'avec ce système le subside dépendrait de deux variables, le revenu et la prime. Il avait aussi été expliqué qu'une estimation des coûts avait eu lieu en 2010 et que le PL coûterait entre 600 et 650 millions à l'Etat. Sur le plan des chiffres ou de la compréhension du PV, il y a un problème. Les verts, pour se prononcer sur ce PL, aimeraient avoir une idée claire sur ces chiffres. La commissaire Ve demande comment on peut expliquer qu'accorder un subside comme demandé par ce PL engendrerait des coûts supplémentaires de 300 millions si le subside ordinaire est de 64,7 millions en 2013.

M. Poggia ne peut qu'exprimer sa perplexité. Il doute toutefois qu'il existe de telles divergences dans les explications. Il se souvient du chiffre de 300 millions, raison pour laquelle le souhait, non partagé, avait été exprimé d'avoir des échelonnements différents à 8, 10 et 12%. Il estime que les subsides d'assurance-maladie sont bien plus élevés que 64,7 millions, et qu'ils s'approcheraient plus de 300 millions. Les subsides ordinaires

représentent les personnes qui ne sont pas dans les deux catégories, et donc ceux à qui l'on ne donne pas.

La commissaire Ve indique qu'effectivement, c'est un peu plus de 270 millions pour l'ensemble des subsides d'assurance-maladie, mais que les subsides ordinaires se chiffrent à 64.7 millions. M. Poggia explique que les subsides ordinaires correspondent aux personnes qui ne sont pas dans les deux autres catégories. La commissaire Ve précise que cela concerne donc le PL. M. Poggia explique que cela concerne effectivement ceux pour qui n'est pas versée l'intégralité des subsides. Une commissaire S rappelle que le parti socialiste avait demandé au département de fournir les chiffres pour un pourcentage de 10, 12 et 15%. Il avait été répondu que c'était au parti de les fournir. Elle estime avoir rempli sa part du travail en ayant calculé le barème de sortie, soit partir de quel revenu les ménages sortaient de la possibilité d'obtenir les subsides pour 10, 12 et 15%. Elle obtient pour une famille de deux adultes et deux enfants les résultats suivants : 141 600 francs à 10%, 118 000 francs à 12% et 94 000 francs à 15%, tous ces chiffres sont annuels. Elle a par la suite tenté d'intégrer les statistiques cantonales afin d'évaluer le nombre de ménages impactés et les frais éventuellement induits pour l'Etat. Cela n'était simplement pas possible, car les données disponibles sont des données agrégées et non individuelles, aussi elle ne peut les croiser. Seul le département peut donc donner les chiffres relatifs au nombre de personnes impactées et aux coûts pour l'Etat en fonction des différents taux de 8, 10 et 15%. Au vu de cela, le Parti socialiste réitère sa demande de chiffres puisqu'il a la semaine dernière énoncé la volonté de modifier ce PL en demandant l'augmentation légère du taux. Afin de pouvoir travailler sur la base de données et connaissances fiables, elle demande au département de fournir les chiffres tels qu'il l'avait fait pour le taux de 8%. Les chiffres demandés sont 10, 12 et 15%.

Un commissaire UDC indique que le système des subventions des primes d'assurance-maladie se base sur le RDU, qu'il croyait être un outil précieux utilisé pour l'aide sociale. Il ne comprend donc pas la proposition. Il demande si ce qui est proposé est totalement nouveau et différent, et souhaite savoir ce qu'il adviendra du RDU, celui-ci est-il injuste ? Pourquoi avoir déposé ce PL qui change complètement le système ?

Un commissaire S explique qu'il s'agit de deux choses différentes. On ne parle pas du RDU, mais de ce que la commissaire EAG qualifiait de taux d'effort. Les taux d'effort existent par rapport au loyer, et ce PL le proposait à l'époque à 8% se basant sur des chiffres du CF qui dataient un peu. Il avait alors été demandé pour éventuellement changer ou amender le PL d'avoir des informations sur d'autres taux d'effort. Le commissaire UDC répond que les

subventions sont calculées sur la base du RDU. Le commissaire S indique que le RDU ne fait qu'appliquer les différentes lois et tarifs.

M. Poggia explique que le but de la loi, qu'il ne soutient pas, est d'élargir le cercle des bénéficiaires à ceux qui paient plus de 8% de leur revenu imposable en primes d'assurance-maladie. On change donc le curseur. L'interrogation est de savoir ce qui serait supportable pour l'Etat au niveau du curseur, cela serait-il 8, 10, 12 ou 15%, ou aucun de ceux-là.

Le commissaire UDC demande si la situation actuelle ne favorise pas assez les revenus modestes. M. Poggia répond que pour le département, la situation actuelle va très bien. Le président précise que le texte demande de diminuer le taux d'effort des familles modestes.

Un commissaire UDC retire son opposition de principe au fait que le département fournisse les chiffres. Il convient que la commissaire S avait raison de les demander, ne pouvant effectivement pas disposer des chiffres requis.

Le président propose de voter l'entrée en matière du PL.

Un commissaire PLR propose d'attendre les chiffres du département avant de voter l'entrée en matière, ce qui est accepté.

Un commissaire MCG a l'impression que dès le départ, on fait fausse piste sur ce PL. Il estime que si on peut avoir des informations supplémentaires cela permettrait peut-être d'aller dans une meilleure direction. A son avis, la problématique tourne autour de la nécessité de savoir comment mettre fin au racket des assureurs-maladie, et puisqu'il ne dispose pas de la réponse, il espère que le PL la donnera. Les subsides doivent rester subsidiaires.

Un commissaire UDC demande s'il n'y aurait pas lieu de lever la séance ce soir plutôt. Il ne souhaite pas spolier ses collègues, mais estime que s'il ne reste rien à faire, il préférerait pouvoir partir. Le président estime que la commission va dans la bonne direction. Deux objets ont été traités, un consensus s'est créé autour de la demande de chiffres au département, qui l'a acceptée. Un commissaire MCG propose une autre motion d'ordre. Il estime déloyal de vouloir abrégé les débats en critiquant les autres collègues en disant que l'on perd du temps, chacun ayant son opinion quant à la question. Il ne faut pas avoir de discours désobligeants. Un commissaire S reconnaît le bien fondé et la pertinence de l'intervention du commissaire UDC, on ne peut entrer en matière sans ces chiffres, et le débat ne sera constructif qu'après les avoir vus. De manière générale, il explique que la question des primes de caisses maladie concerne effectivement ce que le commissaire MCG appelle le racket des assurances, mais est aussi d'actualité. Il rappelle que les

Genevois viennent de voter une caisse maladie unifiée publique, trois objets parlementaires en ce domaine ont été déposés, un PL des socialistes ainsi que deux motions du PDC. Cela vaut donc la peine de contribuer à approfondir ces chiffres, qui par ailleurs peuvent être également utiles pour d'autres objets parlementaires.

Séance du 4 janvier 2016 : suite des travaux de la commission

Le président annonce que la commission devra se prononcer à propos du PL 10547.

Un commissaire S rappelle qu'il y avait eu une mise en suspens du PL. La question soulevée par ce PL reste d'actualité. Le groupe PS compte faire une initiative populaire qui reprend le contenu du PL, notamment par rapport aux 10% du revenu imposable. Pour le moment, ce PL est maintenu tel quel. De plus, il lit un extrait de journal (TDG) en rapport avec le sujet. Il cite M. Poggia : « la solution ne doit pas passer par l'impôt » et M. Schwaller (conseiller aux Etats PDC) : « lorsque les primes dépassent 10% du revenu, un subventionnement doit intervenir ». L'une des questions qui se posent est de savoir si un tel soutien doit se discuter au sein des cantons ou si l'initiative fédérale peut avoir le même effet. Il termine en citant un exemple paru dans le journal *Matin dimanche* : une famille genevoise, avec deux adultes et un enfant entre 18 et 25 ans et un autre enfant mineur, payait en moyenne 15 594 francs de prime annuelle (avec une franchise à 300 francs). Cela représente 22,3% d'un revenu imposable à 70 000 francs. Cet exemple montre à quel point le problème est d'actualité et ne peut être ignoré. Par conséquent, quelques auditions seraient envisageables afin d'éclairer le problème traité.

Un commissaire PLR relève que M. Bretton avait fait une présentation à la commission du contrôle de gestion au sujet des derniers chiffres sur la situation. Il serait intéressant que cette commission en prenne connaissance. Par ailleurs, un autre document pourrait être utile sur les subsides d'assurance-maladie.

Un commissaire UDC est d'accord sur le fait qu'il faut corriger le système en place. Il a fait le calcul pour deux grandes caisses maladie à Genève. Par rapport à sa situation (deux jeunes adultes), il s'avère qu'il est bien au-dessus de 15% du revenu imposable. Cela représente le plus gros poste budgétaire actuellement. Ce n'est pas la santé qui est coûteuse mais la solidarité, car le système fait reposer la solidarité sur les familles. En faisant ces calculs, il arrive à 30% d'augmentation de prime. Il se pose la question sur l'éventualité que le PL proposé ne soit pas assez conséquent pour

remédier à ce problème. Il se demande s'il ne faudrait pas aller plus loin, par exemple en proposant une réforme du système en proposant une nouvelle catégorie de personnes.

Un commissaire PLR souligne que c'est une problématique importante. Néanmoins, le PL en question n'est pas la solution. Les coûts de la santé augmentent car la population vieillit et il n'est pas possible de continuer comme cela. Il faudra aborder le sujet avec la population. Les frais que peuvent occasionner certaines personnes âgées en fin de vie sont énormes alors que leur espérance de vie est très faible. En Suisse, le système de santé est l'un des meilleurs au monde et celui qui offre le plus de prestations. En France par exemple, la proportion est à 8% du revenu.

M. Poggia admet que c'est une problématique importante. Le PL met en place un transfert de charges de l'assuré vers l'Etat (donc les contribuables). Mais cela ne règle pas la vraie source du problème que sont les coûts de la santé. Le Parlement fédéral a récemment enlevé un moyen de pilotage aux cantons : la clause du besoin permettant de contrôler l'installation de cabinets médicaux en ville. Par conséquent, tous les médecins pourront s'installer où bon leur semblent. Il faut savoir que chaque nouvelle installation de cabinet médical augmente les coûts de la santé, alors que certaines régions n'ont pas suffisamment de médecins. La problématique de la répartition de la charge entre l'assuré et l'Etat se retrouve aussi dans le financement des hôpitaux publics. Si le point DRG est augmenté pour le faire s'approcher au coût réel du fonctionnement des HUG, il y aura une hausse des primes d'assurance-maladie. Des choix devront être faits, si possible de manière démocratique. Cependant, si la population est sollicitée au sujet d'une réduction des prestations à la charge de l'assurance de base, elle répondra négativement. Si le PL est mis en perspective, en mettant 10% à la prime moyenne cantonale (PMC), cela représente 254 millions en plus. Avec la prime minimum, cela représente 94 millions de plus. M. Poggia a de la peine à envisager la réalisation du PL, sans arriver sur d'autres problèmes par la suite. Les primes sont la conséquence directe des coûts de la santé. Il ne faut pas faire supporter tous les maux aux assurances-maladie, car le système fonctionne bien. Bien entendu, il est nécessaire de faire des contrôles plus stricts par rapport aux coûts (des HUG, de l'ambulatoire). A Genève, il a été décidé de ne pas avoir des tarifs différents entre les médecins de ville et ceux des HUG. D'autres cantons font des tarifs inférieurs à l'hôpital cantonal par rapport aux médecins de ville, mais il y a un risque de concurrence déloyale. C'est pour cette raison que Genève ne fait pas de différence de tarifs. M. Poggia n'arrive pas à trouver une solution qui n'ait pas son équivalent en inconvénients. Il est évident que la médecine telle que pratiquée actuellement n'est plus

soutenable. M. Poggia pense que ce PL ne propose pas une vraie solution même s'il soulagera certains assurés. La moyenne de contribution des cantons (aux primes d'assurance-maladie) en Suisse est de 43% et à Genève elle est déjà à 53%, voire au-delà. Par ailleurs, M. Poggia rappelle qu'il avait proposé de supprimer les 40 francs de subsides, parmi l'ensemble des subsides versés. En outre, M. Poggia discutait avec le directeur du service de l'assurance-maladie où ce dernier déplorait le fait que les concubins ne pouvaient pas être contrôlés. Cela incite donc les personnes à ne pas divulguer qu'ils vivent en concubinage dans le même logement.

Une commissaire Ve partage les conclusions de M. Poggia. Toutefois, ce PL et la future initiative du PS visent à ouvrir un débat public et à considérer les coûts de la santé de manière différente. En effet, les soins sont peut-être prodigués au-delà du rationnel, mais cela relève du débat éthique. Elle explique à M. Poggia et plus généralement au Conseil d'Etat que le canton de Vaud, dans le cadre de RIE III, investira environ 90 millions afin de limiter à 10% les coûts de l'assurance-maladie impactés sur chaque ménage. Bien entendu, le canton de Vaud demandera une contrepartie dans le domaine de la fiscalité des entreprises. Elle voulait savoir où en était la réflexion du Conseil d'Etat à ce sujet et si la piste prise par le canton de Vaud a été envisagée. M. Bretton précise que le canton de Vaud a fait passer un projet de loi afin d'introduire un taux de 10% maximum (sur la prime d'assurance-maladie), en finançant la moitié des 40 à 50 millions que cela coûterait en les prélevant aux entreprises. Cela est prévu en 2019 et le principe est déjà accepté par le Parlement vaudois. Reste à définir les modalités.

M. Poggia ajoute que la mise en œuvre n'est pas simple. Il faut construire le modèle à partir des barèmes cantonaux, sinon la cible peut être ratée. Mais, il pense que l'idée de M. Maillard (canton de Vaud) est bonne. Il faut faire attention en disant que Genève dépense beaucoup pour les subsides d'assurance-maladie. En effet, le canton de Vaud est moins généreux, mais indirectement il subventionne des primes plus basses en prenant à sa charge une différence plus importante entre les coûts réels du fonctionnement du CHUV et les tarifs pris en charge par la LAMal. La réflexion sur RIE III est envisageable selon M. Poggia. D'autres solutions sont envisagées actuellement par rapport aux PC Fam par exemple. Il affirme qu'il répondra à la question de la commissaire Ve.

Un commissaire S rappelle que d'autres systèmes de médecine (en Angleterre) ont rationalisé notamment le sujet des dialyses en disant qu'il ne faut plus en faire à partir de 60 ou 65 ans. Mais la justice sociale entre aussi en ligne de compte, car les personnes ayant des moyens pourront toujours se soigner comme ils veulent, ce qui n'est pas le cas des moins aisés qui sont

rationalisés. De son côté, il a fait un effort pour que le médecin soignant et les spécialistes se téléphonent pour se mettre d'accord sur une prise en charge commune. Le cas échéant, si le patient donne son accord, cela réduit considérablement les coûts. Il y a aussi les pharmaciens qui peuvent mener des réflexions au sujet des ordonnances qu'ils doivent passer émanant de plusieurs médecins. Toutes ces pistes sont envisageables pour améliorer les conditions des patients. Par ailleurs, il demande si à Genève, une réflexion commune est faite (comme dans le canton de Vaud) au sujet des différents besoins qui existent. En effet, ce qui se passe dans le canton de Vaud est une solution intelligente.

M. Poggia le rassure en confirmant que ces réflexions sont faites sans tabou. Le moment venu, M. Poggia ira personnellement vers les entreprises pour soutenir les projets retenus. Le président complète, au sujet de RIE III, que plusieurs propositions ont été faites par les employeurs, à travers la FER, mais ne traitent que les questions d'organisation privée. La réflexion qu'il faut avoir est que, pour les petites sociétés, le travail est renchéri. Le coût du travail et de la main d'œuvre est délicat car la situation de la concurrence est déjà instable. Il faut que tous les partis trouvent un consensus même si cela sera très compliqué.

Un commissaire UDC ne pense pas qu'une attente de 5 ou 10 ans sera possible avant de proposer une solution. Il a calculé que depuis 1996 les familles de 5 personnes perdent 800 francs nets pour le paiement de la prime des assurances-maladie. Cela impacte toute l'économie. Si une extrapolation est faite sur les cinq prochaines années, il y a aura une augmentation de 100 francs par année. Cette somme ne sera non seulement pas à disposition des familles, mais surtout ces familles passeront au RDU et paieront l'entier de la prime. Il aimerait qu'une étude soit faite afin de savoir quel est le risque du passage des familles au RDU. En outre, il estime qu'il faut recadrer l'aspect de la solidarité. Aujourd'hui, il est plus avantageux de déménager en France voisine car Helsana propose une prime avec une franchise à 300 francs et une prime à 320 francs. Cela représente une belle économie. Il y a un vrai problème de cohérence et de solidarité dans le « grand » Genève. Un autre problème concerne les familles monoparentales qui devraient être plus contrôlées comme en France. Il inciterait le PS à ne pas déposer l'initiative populaire car il n'est pas possible d'attendre 5 ans. Il faudrait créer une « task force » à ce sujet qui serait plus efficace. Enfin, un étudiant d'un pays tiers paierait une prime nettement moins élevée (70 francs par mois) qu'un étudiant suisse (400 francs par mois). Ce genre de différence n'est plus acceptable.

M. Bretton affirme qu'une famille perdant le subside complet passe obligatoirement par le subside partiel. Le fait d'être un RDU compatible ne veut pas dire que le régime de l'aide sociale s'applique, ni celui des prestations complémentaires. D'une manière plus globale, M. Bretton partage les préoccupations de la commission. En effet, le système est à bout de souffle. Il y aura pour la plupart des ménages des nouvelles primes d'assurance-maladie qui représenteront entre 10 et 20% du revenu en 2016. En Suisse, les coûts de la santé s'élèvent à plus de 64 milliards. Certaines études commencent à montrer que l'espérance de vie ne changerait pas entre un pays comme la Suisse et un autre qui dépenserait deux points de moins de son PIB dans la santé. Aujourd'hui, le seuil de tolérance des ménages atteint sa limite car ils tendent de plus en plus à choisir des franchises maximales. Le SAM aide 100 000 personnes à payer leur prime d'assurance malade à Genève actuellement. Cela représente un quart de la population. Deux consultations fédérales proposent d'une part un allègement des primes d'assurance-maladie pour les jeunes adultes, mais cela augmenterait les primes pour les adultes, d'autre part une économie sur le chèque de la Confédération qui représenterait 5 millions pour Genève. Le dernier élément est que cette année les personnes ont reçu 79 francs de remboursement des primes indûment versées. Il ne sait pas comment cela a été calculé car cela devait être un remboursement plus conséquent donc une clarification doit être demandée. C'est pour cette raison que PL ne résout rien sur le fond. M. Poggia prend note qu'il faudrait mettre en place une « task force » pour réfléchir sur le sujet. Il estime que le mieux serait qu'un autre parti que le PS lance cette initiative afin que la droite ne se cristallise pas dans l'opposition en voyant de qui elle émane. L'initiative devrait proposer un système dans lequel les cantons fixent les primes en se portant garants des éventuelles pertes si des primes trop basses sont mises en place. Un commissaire PLR ne partage pas l'indignation du commissaire UDC vis-à-vis des étudiants venant de pays tiers payant des primes moins onéreuses que les citoyens suisses. En effet, ces étudiants sont des étrangers qui sont en bonne santé et ne font pas partie du système de solidarité intergénérationnelle. C'est pour cette raison qu'il trouve normal qu'ils paient moins d'assurance-maladie.

Le président demande aux membres de la commission ce qu'ils souhaitent faire par rapport à ce PL. Un commissaire S explique que la question de l'initiative appartient au PS suisse, mais ce n'est pas le sujet. En ce qui concerne le PL, il pense qu'il y a un aveu d'impuissance de la part du département. Il faut avoir de la part du département un plan d'action sur ce qui doit se faire dans ce domaine. Si des propositions étaient faites par la suite, le PS pourrait envisager de retirer ce PL, mais à l'heure actuelle il est

maintenu. De plus, il aimerait proposer l'audition de M^{me} Maury Pasquier (conseillère aux Etats S) qui est une grande spécialiste du domaine.

M. Poggia répond que ce n'est pas un aveu d'impuissance. Des actions seront mises en place bien entendu. Il admet toutefois qu'au niveau juridique, le canton est bloqué. Mais cela est un constat. Le président met aux voix l'audition de M^{me} Liliane Maury Pasquier. L'audition est acceptée à l'unanimité.

Séance du 23 février 2016 : audition de M^{me} Liliane Maury Pasquier, conseillère aux Etats

M^{me} Maury-Pasquier soutient qu'elle est favorable à ce PL. La modification proposée est doublement pertinente. D'abord, car elle répond à l'objectif social exprimé dans le message concernant la révision de l'assurance malade (à l'origine de la LAMal) du Conseil fédéral du 6 novembre 1991. Ce message soutient qu'aucun ménage ne devrait consacrer plus de 8% de son revenu annuel pour le paiement des primes d'assurance-maladie. Si ce pourcentage est dépassé, un subside est versé. Par ailleurs, depuis 2009 à Genève et en Suisse, la situation ne s'est pas améliorée. En effet, à Genève de nombreuses personnes dépensent plus de 8% de leurs revenus annuels pour l'assurance-maladie. Cela peut grimper jusqu'à 15% du revenu annuel pour certains cas. Au niveau fédéral, les tentatives d'améliorations se soldent par des échecs ou sont peu efficaces. Les différentes mesures pour contenir la hausse des primes n'ont pas abouties. Il y a un certain nombre de propositions qui ont été faites au Parlement fédéral afin d'alléger la charge représentée par les primes pour certaines catégories de la population. Toutefois, ces propositions n'ont pas abouti. En effet, il faut reconnaître que le Conseil fédéral est réfractaire à celles-ci, car les Chambres fédérales n'ont jamais souhaité fixer des objectifs contraignants dans le cadre notamment de la RPT. Le programme de stabilisation actuel ne permettra pas à la Confédération d'augmenter sa contribution. Toutefois, un autre projet plus prometteur est en cours. En effet, il s'agit de la révision des primes pour enfants, jeunes et jeunes adultes et cela permettrait de contenir les coûts à la charge des familles. Pour faire bouger les choses, cela prend du temps. C'est pour cette raison qu'un projet de loi cantonal peut accélérer les choses. M^{me} Maury-Pasquier prend l'exemple du canton de Vaud. Le parti socialiste vaudois a fait une initiative populaire qui a abouti. Elle prévoit un droit au subside pour les ménages payant plus de 10% de leur revenu annuel pour les primes. Par ailleurs, toujours dans le canton de Vaud, le projet cantonal de réforme de l'imposition des entreprises 3 est soumis au vote le 20 mars prochain. Ce

projet contient un volet social qui instaure un nouveau subside pour limiter la charge maximum du paiement des primes à 10%. En ce qui concerne la réduction des primes au niveau fédéral, M^{me} Maury-Pasquier explique que le but est d'instaurer un correctif social du système de prime par tête indépendant du revenu. Dans ce soutien accordé par les cantons, ces derniers sont tenus de réduire de 50% les primes des enfants et des jeunes adultes en formation. La subvention de la Confédération est fixée à 7.5% (suite à l'adoption de la RPT) du coût annuel brut de l'assurance obligatoire des soins. La subvention est distribuée en fonction du poids démographique de chaque canton. Les cantons ont une grande marge de manœuvre, car ils décident du cercle des ayants droit, le niveau de la réduction accordée et la procédure à appliquer. M^{me} Maury-Pasquier donne quelques chiffres pour 2014 : 4 milliards de francs de dépenses publiques pour la réduction des primes (dont 44% financé par les cantons) ; 276,9 millions à Genève dont 52,9% versé par le canton ; 2,2 millions de personnes au bénéficiaire au total de la réduction de primes (soit 27% des assurés). M^{me} Maury-Pasquier constate que les dépenses consacrées à la réduction des primes ont constamment augmenté, mais les contributions par personne ont moins augmenté que le total des dépenses et moins vite que les primes. Tout ménage recevant des subsides paie une part de 12% de leur revenu annuel pour payer leur prime, sur l'ensemble de la Suisse. A Genève cela s'élève à 14%. Non seulement la prime moyenne a augmenté, mais la compensation de cette augmentation ne suit pas, par conséquent la somme à la charge des ménages augmente. Certains cantons comme celui de Zoug arrivent à maintenir un taux à 6% du revenu annuel d'un couple avec deux enfants et d'autres cantons comme celui de Genève sont à 14% du revenu annuel pour le paiement des primes.

Un commissaire UDC aimerait savoir si, dans le message du Conseil fédéral de 1991 qui parlait de la barre des 8%, une distinction était faite entre locataire et propriétaire. En effet, tout le système de subside genevois est basé sur le fait d'être un locataire. Il demande, par ailleurs, si ce PL ne favoriserait pas le statu quo. A savoir que si la décision est prise d'adopter le PL et donc d'aggraver la dette du canton, cela ne permettra pas d'envisager une mesure plus ambitieuse qui avantagerait davantage les familles. En effet, c'est une mesure de ce genre qui devrait être envisagée.

M^{me} Maury-Pasquier répond, concernant la différence entre les locataires et propriétaires, que cela ne figurait pas dans le message du Conseil fédéral. La prise en compte des charges entre un locataire et un propriétaire est du ressort des cantons. Au sujet du statu quo, elle constate qu'il est très défavorable pour les personnes concernées. Elle pense que le statu quo

permet à chaque personne de bénéficier des soins dont elle a besoin. Le projet en consultation concernant la réduction des primes pour les jeunes adultes et les enfants vise à soulager les familles de la classe moyenne qui ne touchent pas de subsides à l'heure actuelle. Cependant, il faut savoir que les primes qui ne seraient plus payées par ces familles devront être payées par d'autres qui ne sont pas forcément dans une meilleure situation. Le commissaire UDC ajoute qu'à Genève, de nombreuses personnes paient une prime d'assurance en dessus des 8% du revenu annuel. Il demande qui paie, aujourd'hui, en dessous des 8%. Si toute la population est en dessus des 8% (comme à Genève où la moyenne est à 14%), cela revient à subventionner tout le monde. M^{me} Maury-Pasquier soutient que les chiffres sont disponibles sur internet. Mais pas tout le monde est en dessus des 8%.

Un commissaire PLR demande si M^{me} Maury-Pasquier serait favorable à un amendement qui relèverait à 10% le seuil en question. En outre, le PL va à l'encontre de la doctrine de la réforme de la LAMal opérée par M^{me} Dreyfus. M^{me} Maury-Pasquier répond qu'elle n'y est pour rien, car c'est un PL émanant de la Commission de la sécurité sociale et de la santé du Conseil national. En ce qui concerne le taux à 10%, il est vrai qu'une réflexion a été faite sur l'augmentation générale des prix des prestations des soins. C'est pourquoi les vaudois ont augmenté le seuil à 10%.

Un commissaire UDC note que de nombreux jeunes adultes démarrent leur vie active avec des dettes à cause de ce système. Par conséquent, il faudrait le changer. Cependant, il propose plutôt de revoir le prix des soins et pas les primes d'assurances. En effet, il faudrait voir si des soins alternatifs, moins coûteux sont à envisager. De plus, il aimerait savoir si les autres acteurs du milieu médical pourraient faire un effort pour diminuer le coût des soins par solidarité.

M^{me} Maury-Pasquier répond qu'il y a déjà eu de nombreuses propositions afin de limiter le coût des soins. Toutefois, rien n'a abouti jusqu'à présent.

Un commissaire UDC revient sur le message du Conseil fédéral à propos de la LAMal. Il soutient qu'un contreprojet demandait qu'une cotisation proportionnelle au revenu soit mise en place. Il se demande si une assurance-maladie proportionnelle au salaire ne serait pas une meilleure solution. En effet, le système des subsides n'est plus adéquat à l'heure actuelle.

M^{me} Maury-Pasquier répond que la discussion autour des 8% représentait ce que payait en moyenne l'ensemble des personnes pour les primes. C'est la raison pour laquelle les 8% avaient été choisis. Elle précise que le message du Conseil fédéral de 1991 concerne la LAMal de M. Cotti, le « père » de la LAMal et non M^{me} Dreyfus. A propos d'une prime proportionnelle au

revenu, la caisse unique a été rejetée et elle mettait un tel système en place. Les Chambres fédérales n'ont jamais étudié ce système, car la majorité n'y souscrivait pas. Néanmoins, il y a quand même eu des réflexions sur la réduction individuelle des primes. En effet, il y a des variations quant à la réduction individuelle des primes en fonction de la situation financière de la famille.

Un commissaire S remarque que la proportion de personnes qui reçoit des subsides à Zoug est de 50%, alors que la moyenne nationale est de 27%. A Genève, 25% des personnes touchent un subside, donc le canton n'a pas le taux le plus élevé. En ce qui concerne les 8%, il soutient qu'il n'a jamais été contre l'idée d'amender ce taux. Mais il faudrait des chiffres précis afin de savoir à quel pourcentage il faudrait fixer ce taux. Par ailleurs, il explique que, dans le canton de Vaud, le CHUV est au service de l'Etat donc il est davantage subventionné que les HUG. Cela explique pourquoi le taux moyen de cotisation est élevé à Genève.

M^{me} Maury-Pasquier ne peut pas répondre à cette question. En revanche, plus un canton participe à la prise en charge des primes d'assurance, plus les coûts des soins se répercutent sur les impôts.

Un commissaire PLR demande s'il serait possible d'uniformiser le système de prime au niveau régional en Suisse.

M^{me} Maury-Pasquier répond qu'il y a eu des propositions pour unifier les primes à l'intérieur des cantons. Sur le plan fédéral, des propositions ont été faites afin qu'il y ait moins de zones de primes différentes au sein du canton. Il n'y a pas eu d'autres tentatives plus élaborées que celle-ci.

Un commissaire S aimerait savoir si des démarches sont faites pour proposer à plusieurs cantons une plus grande marge de manœuvre.

M. Poggia soutient qu'un vote a eu lieu le 28 septembre 2014. Les cantons dont Genève ont demandé une plus grande autonomie pour que l'instrument de mise en œuvre de la LAMal soit différent. Au niveau national cela a été refusé. Aujourd'hui, les cantons ont conscience qu'une initiative sur ce point à Berne serait un échec. Une modification de la LAMal permettant aux cantons de l'appliquer différemment n'est pour l'instant pas possible. La seule possibilité de changement est une initiative populaire nationale. Des renseignements seront donnés à ce sujet durant le 29 février prochain.

M^{me} Maury-Pasquier ajoute que les différentes initiatives cantonales ont été rejetées par le Conseil des Etats et seront rejetées aussi par le Conseil national.

Un commissaire S demande si des cantons suisses alémaniques (comme Zoug) seraient favorables à un tel changement. M^{me} Maury-Pasquier explique que plusieurs cantons de Suisse orientale ont fait une étude pour savoir si cela valait la peine de se regrouper pour établir une caisse commune. Mais l'étude à montrer que cela ne servirait à rien, donc les cantons ont renoncé.

M. Poggia remarque que le remboursement des primes pour les Genevois est tombé et qu'il s'élève à 79 francs. Ce montant est bien trop bas. Il soutient qu'il y a eu un problème quant au calcul de ce remboursement et donc il serait opportun d'interpeller le Conseil fédéral sur la manière dont ce calcul a été fait.

M^{me} Maury-Pasquier répond qu'elle interpellera le Conseil fédéral et le Conseil national.

Un commissaire UDC demande si des discussions ont eu lieu à Berne sur de nouveaux modes de financement de la LAMal. En effet, les cantons-villes comme Genève vont dans le mur à ce niveau-là depuis 2010 à cause d'une explosion des coûts de la santé et d'une baisse du revenu du travail.

M^{me} Maury-Pasquier répond que la majorité du Parlement aurait voté une levée de l'obligation de contracter, s'il n'y avait pas de vote populaire le sanctionnant par la suite. Voici la seule réponse du Parlement fédéral actuellement, mais il sait que cela ne passera pas auprès de la population donc il ne le propose pas. Etant donné que c'est la seule réponse envisagée, d'autres pistes n'ont pas été étudiées. Le président annonce que la commission arrive au bout des auditions concernant ce PL.

M. Poggia déclare, à propos des chiffres, que pour les personnes recevant un subside partiel, ce dernier sera augmenté afin que la prime ne dépasse pas les 8% de revenu annuel. Les subsides ordinaires s'élèvent à 55,5 millions. Si la barre des 8% doit être respectée pour toute la population genevoise, les subsides ordinaires devraient s'élever à 450 millions (augmentation de 393 millions de plus à la charge du canton). Si la barre des 10% est respectée, cela représente un montant de 254 millions de plus à la charge du canton. Pour une barre à 12%, cela revient à 158 millions de plus. Pour une barre à 15%, cela revient à 69 millions de plus. Une commissaire Ve demande sur quelle base ces chiffres sont donnés. M. Poggia répond qu'il s'agit de l'année 2014, donc les chiffres actuels sont plus hauts. La commissaire Ve demande quel est le montant en ce qui concerne les assurés débiteurs. M. Bretton répond que cela représente 40 millions en 2015 et que cela concerne 18 000 personnes. Cela ne cesse d'augmenter. Il précise que le canton de Genève contribue à 59% par la réduction des primes. A Genève, la population consacre entre 16% et 17% de son revenu mensuel au paiement

des primes. En outre, la question de l'allègement des primes pour les jeunes adultes et les enfants ne résoudra rien dans le cadre de la LAMal.

Un commissaire S demande si la piste d'inclure ce PL dans la mesure de compensation de la RIE III ne serait pas envisageable en suivant le modèle vaudois. Serait-il possible d'avoir les chiffres du canton de Vaud concernant la mesure qui sera soumise au vote ? Cela permettra d'avoir une comparaison avec le canton de Genève

M. Poggia demande s'il aimerait savoir combien le canton de Vaud consacre à ses subsides ou quelles sont les mesures compensatoires négociées par le Conseil d'Etat avec les milieux patronaux en échange de la réforme des entreprises et la baisse de la fiscalité. Le commissaire S répond qu'il s'agit de la même chose, donc il faudrait toutes ces informations de manière globale. Il soutient que Genève s'inspire du modèle vaudois. Mais Genève a déjà augmenté les allocations familiales, alors que le canton de Vaud ne l'inclut que maintenant par le biais de cette mesure. Plusieurs pistes sont examinées à Genève actuellement. Il y a l'aide aux crèches (même si M. Poggia n'y est pas favorable, car cela devrait rester à la charge des communes) et les PCFam qui ont été adoptées pour les personnes ayant un revenu insuffisant de leur travail. Il y a aussi les rentes-ponts pour les personnes à deux ans de l'âge de la retraite et qui ne peuvent pas retrouver un travail. Ces personnes recevraient ce qui leur manque pour toucher le même montant à la retraite. M. Poggia reste ouvert sur les nombreuses pistes à explorer.

Un commissaire S propose de geler ce PL au nom du groupe PS, en attendant les propositions de négociations dans le dossier RIE III. La commission valide de gèle du PL à l'unanimité.

14 mars 2017 : reprise des travaux de la commission sur le PL 10547

La présidente note que ce PL avait été gelé en attendant le vote sur la RIE III. La RIE III a été refusée, mais va resurgir dans peu de temps. Elle demande que comptent faire les initiants de ce PL. Un commissaire S répond qu'il faut que ce PL reste gelé. La commission accepte le gel du PL.

13 septembre 2019 : reprise des travaux de la commission sur le PL 10547

La présidente dit qu'il s'agit d'un vieux projet de loi déposé notamment par des membres du parti socialiste en 2009.

Un commissaire S pensait avec d'autres membres le retirer, mais par manque de temps ils n'ont pas encore pu contacter les signataires. C'est pourquoi il voudrait reporter cet objet d'une ou de deux semaines.

La présidente lui demande de s'assurer que les signataires de ce projet soient d'accord pour un éventuel retrait ou une modification.

Le commissaire S demande pourquoi ce projet de loi a attendu dix années avant d'être traité.

M^{me} Salama répond qu'il n'y a pas de délai légal pour le traitement d'un projet de loi et que le projet de loi en question a été gelé plusieurs fois.

Séance du 8 octobre 2019 : suite des travaux de la commission, discussion et vote final sur le PL 10547 (enfin)

Un commissaire PDC demande s'il lui est possible de reprendre en tant qu'auteur le projet de loi et de le retirer.

M^{me} Salama dit qu'il n'est pas possible de modifier les auteurs d'un projet de loi qui a déjà été déposé.

La présidente dit qu'après une audition le 23 février 2016, le PL a été gelé à trois reprises.

La présidente demande si les commissaires veulent prendre position par rapport à ce projet de loi ou s'ils veulent procéder immédiatement au vote d'entrée en matière.

Vote

1^{er} débat

La présidente met aux voix l'entrée en matière sur le PL 10547 :

Oui : —

Non : 11 (1 EAG, 4 PLR, 2 MCG, 1 Ve, 1 UDC, 2 PDC)

Abstentions : 4 (3 S, 1 Ve)

L'entrée en matière est refusée.

Mesdames et
Messieurs les députés,

Après dix ans de travaux parlementaires, des débats intéressants et de multiples gels en raison de l'attente de résultats de votes fédéraux ou

cantonaux ayant trait à cette problématique, la commission des affaires sociales a jugé que l'entrée en matière de ce PL devait être refusée et vous enjoint de faire de même.

Après l'acceptation du contreprojet à l'IN 170 au printemps 2019 qui accorde environ 180 millions de subsides supplémentaires aux ménages genevois, ce PL n'est en effet plus d'actualité.

Annexes :

- Présentation de M. Patrick Mazzaferri, directeur du service de l'assurance-maladie, DES (séance du 1^{er} décembre 2009)*
- Présentation de l'Observatoire suisse de la santé (séance du 26 janvier 2010)*
- Présentation de M. Patrick Mazzaferri, directeur du service de l'assurance-maladie, DES (séance du 10 juin 2014)*

Projet de loi (10547-A)

modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal) (J 3 05) (*Subsides*)

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève décrète ce qui suit :

Article 1 Modification

La loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), du 29 mai 1997, est modifiée comme suit :

Art. 20, al. 1, lettre b (nouvelle, la lettre b ancienne devenant la lettre c)

¹ Sous réserve des exceptions prévues par l'article 27, les subsides sont destinés :

- b) aux assurés qui payent plus de 8% de leur revenu imposable pour les primes de l'assurance-maladie obligatoire ;

Article 2 Entrée en vigueur

Le Conseil d'Etat fixe l'entrée en vigueur de la présente loi.



DSE - DGAS
 Avenue de Beau-Séjour 24
 1206 Genève

PL 10547 modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMa) - réponses aux demandes présentées par la Commission des affaires sociales du Grand Conseil lors de sa séance du 1^{er} décembre 2009

1. Montant accordé par politique sociale dans le budget 2010¹

| | |
|--|---------------|
| - Politique et prestations en faveur des personnes âgées | F 424'208'836 |
| - Accès à l'assurance-maladie | F 326'376'056 |
| - Politique et prestations en faveur des personnes handicapées | F 381'966'467 |
| - Politique et prestations en faveur de la famille | F 37'974'083 |
| - Politique et prestations en faveur des personnes dans le besoin, dans le domaine de l'asile et de la migration | F 284'920'093 |
| - Protection des personnes adultes sous tutelles et curatelles | F 8'073'314 |

2. Montant total des subsides d'assurance-maladie accordés pour chaque revenu

| Subsides | 2009 (prévision au 31.12.2009) |
|--|--------------------------------|
| A (F 80) | 4'100'000 |
| B (F 60) | 10'350'000 |
| C (F 30) | 6'350'000 |
| Enfants (F 100 max.) | 20'800'000 |
| Enfants D1 (F 100) | 2'700'000 |
| Enfants D2 (F 75) | 1'900'000 |
| Enfants D3 (F 50) | 1'200'000 |
| Jeunes adultes (F 174 en 2008/2009 et F 188 en 2010) | 4'950'000 |
| Subsides 100% bénéficiaires SPC | 116'250'000 |
| Subsides 100% bénéficiaires HG | 43'300'000 |
| Total | 211'900'000 |

3. Evolution probable des primes dans le futur

L'hypothèse provisoire retenue est une augmentation annuelle des primes de 3,75 % en moyenne jusqu'en 2013.

4. Impact du projet de loi si la barre de prise en charge personnelle de la prime maladie était placée à 10 %, 12 %, respectivement 15 % du revenu

Cet impact, évalué sur la base des RDU 2007, serait le suivant :

| Taux | coût | nombre de subsidiés |
|------|---------------|---------------------|
| 8 % | F 533'000'000 | 262'000 |
| 10 % | F 409'000'000 | 215'000 |
| 12 % | F 324'000'000 | 173'000 |
| 15 % | F 245'000'000 | 123'000 |

¹ Annexe au projet de budget 2010, projet de budget 2010 par programmes

5. Coûts générés par le contentieux

En 2008, le montant des arriérés remboursés par le canton s'est élevé à F 37 millions et la charge salariale correspondante à F 252'274 (6,8 %). Le contentieux payé se compose pour 90 % environ de primes, franchises et participations impayées et pour 10 % de frais de poursuites et d'intérêts moratoires.

6. Incompatibilités entre le système proposé (8 %) et les dispositions de la LAMal

- a) Le modèle à 8 % dénature le principe de la réduction individuelle des primes, selon lequel les subsides sont destinés aux assurés de condition modeste (cf. art. 65, al. 1 et 2 LAMal).
- b) Ce modèle est un frein à la libre concurrence entre les assureurs maladie, qui constitue l'un des piliers de la LAMal. Le choix des assurés sera fortement orienté selon la prime de référence choisie pour l'octroi du subside (prime moyenne cantonale, prime effective ou prime la moins chère).

7. Caractéristiques du système des subsides dans le canton de Vaud

Les principales caractéristiques du système vaudois sont les suivantes :

- a) il se base sur le revenu déterminant (N-2);
- b) il est complexe, car il se fonde sur neuf équations mathématiques et 34 paramètres différents;
- c) le montant des subsides est très progressif pour les personnes vivant en famille (entre 32 et 45 niveaux) et un peu moins pour les personnes vivant seules (entre 15 et 17 niveaux);
- d) le subside des adultes de plus de 26 ans varie entre F 290 et F 10, celui des jeunes adultes entre F 240 et F 10 et celui pour les enfants entre F 90 et F 10.

8. Caractéristiques du système des subsides dans le canton de Bâle-Ville

Les principales caractéristiques du système bâlois sont les suivantes :

- a) il se base sur le revenu déterminant (N-2);
- b) le montant des subsides pour les adultes est relativement progressif (15 niveaux) et un peu moins pour les jeunes adultes (6 niveaux) et les enfants (11 niveaux);
- c) pour les adultes, le subside varie entre F 271 et F 20, pour les jeunes adultes entre F 231 et F 154 et pour les enfants entre F 93 et F 46.

Annexes : barème des subsides des cantons de Genève, Vaud et Bâle-Ville

Canton de Genève - barème des subsides 2010

| Barème 2010 des subsides | | | | | | |
|---|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | A : 90.-/ 188.-/JA 100.-/enf | B : 70.-/ 188.-JA 100.-/enf | C : 40.-/ 188.-JA 100.-/enf | D1 188.-/JA 100.-/enf | D2 188.-/JA 75.-/enf | D3 188.-/JA 51.-/enf |
| pers. seule sans charge légale | 0 à 18'000 | 18'000 à 29'000 | 29'000 à 38'000 | -- | -- | -- |
| couple sans charge légale | 0 à 29'000 | 29'000 à 47'000 | 47'000 à 61'000 | -- | -- | -- |
| personne seule ou couple avec 1 charge légale | 0 à 35'000 | 35'000 à 53'000 | 53'000 à 67'000 | 67'000 à 72'000 | 72'000 à 77'000 | 77'000 à 82'000 |
| personne seule ou couple avec 2 charges légales | 0 à 41'000 | 41'000 à 59'000 | 59'000 à 73'000 | 73'000 à 78'000 | 78'000 à 83'000 | 83'000 à 88'000 |
| personne seule ou couple avec 3 charges légales | 0 à 47'000 | 47'000 à 65'000 | 65'000 à 79'000 | 79'000 à 84'000 | 84'000 à 89'000 | 89'000 à 94'000 |

Canton de Vaud - barème indicatif des subsides 2010

Revenu déterminant pour le subside

- Le revenu déterminant pour le subside est constitué du revenu net (chiffre 650 de la déclaration d'impôt 2007) ainsi que de la part de la fortune imposable qui excède 50'000 francs pour les personnes seules et 100'000 pour les familles.
- Pour les personnes vivant en famille, le revenu déterminant est diminué de 10'000 francs pour 1 enfant à charge, 16'000 francs pour 2 enfants, 22'000 francs pour 3 enfants, 28'000 pour 4 enfants et 7'000 supplémentaires pour chaque enfant au-delà de 4.
- Si la situation le justifie, l'OCC peut évaluer ce revenu déterminant en tenant compte de la situation actuelle.

| Revenu déterminant pour le subside | Personne vivant seule | | | Personne vivant en famille | | | |
|------------------------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------|---------------------------------------|---------------------|
| | Adulte plus 26 ans | Jeune adulte 19 - 25 ans | Jeune adulte 19 - 25 ans en formation | Adulte plus 26 ans | Jeune adulte 19 - 25 ans | Jeune adulte 19 - 25 ans en formation | Enfant moins 18 ans |
| 10'000 et moins | 290 | 240 | 240 | 290 | 240 | 240 | 90 |
| 11'000 | 290 | 240 | 240 | 290 | 240 | 240 | 90 |
| 12'000 | 290 | 240 | 240 | 290 | 240 | 240 | 90 |
| 13'000 | 290 | 240 | 240 | 290 | 240 | 240 | 90 |
| 14'000 | 290 | 240 | 240 | 290 | 240 | 240 | 90 |
| 15'000 | 290 | 240 | 240 | 290 | 240 | 240 | 90 |
| 16'000 | 290 | 240 | 240 | 290 | 240 | 240 | 90 |
| 17'000 | 290 | 240 | 240 | 290 | 240 | 240 | 90 |
| 18'000 | 288 | 238 | 240 | 290 | 240 | 240 | 90 |
| 19'000 | 280 | 232 | 237 | 290 | 240 | 240 | 90 |
| 20'000 | 267 | 221 | 234 | 290 | 240 | 240 | 90 |
| 21'000 | 249 | 207 | 228 | 288 | 238 | 240 | 90 |
| 22'000 | 228 | 189 | 222 | 285 | 236 | 239 | 90 |
| 23'000 | 203 | 169 | 215 | 281 | 232 | 238 | 89 |
| 24'000 | 176 | 147 | 207 | 275 | 228 | 236 | 88 |
| 25'000 | 148 | 123 | 198 | 268 | 222 | 234 | 87 |
| 26'000 | 119 | 100 | 190 | 261 | 216 | 232 | 86 |
| 27'000 | 92 | 77 | 182 | 252 | 209 | 229 | 85 |
| 28'000 | 66 | 56 | 174 | 242 | 201 | 226 | 83 |
| 29'000 | 45 | 39 | 168 | 232 | 192 | 223 | 82 |
| 30'000 | 28 | 25 | 163 | 220 | 183 | 220 | 80 |
| 31'000 | 16 | 15 | 159 | 208 | 173 | 216 | 78 |
| 32'000 | 11 | 11 | 158 | 195 | 162 | 212 | 76 |
| 33'000 | -- | -- | -- | 182 | 152 | 208 | 74 |
| 34'000 | -- | -- | -- | 169 | 140 | 204 | 72 |
| 35'000 | -- | -- | -- | 155 | 129 | 200 | 70 |
| 36'000 | -- | -- | -- | 141 | 118 | 196 | 68 |
| 37'000 | -- | -- | -- | 127 | 106 | 192 | 66 |
| 38'000 | -- | -- | -- | 114 | 95 | 188 | 64 |
| 39'000 | -- | -- | -- | 100 | 84 | 184 | 62 |
| 40'000 | -- | -- | -- | 87 | 73 | 180 | 60 |
| 41'000 | -- | -- | -- | 75 | 63 | 177 | 58 |
| 42'000 | -- | -- | -- | 63 | 54 | 173 | 56 |
| 43'000 | -- | -- | -- | 52 | 45 | 170 | 55 |
| 44'000 | -- | -- | -- | 43 | 37 | 167 | 53 |
| 45'000 | -- | -- | -- | 34 | 30 | 164 | 52 |
| 46'000 | -- | -- | -- | 26 | 24 | 162 | 51 |
| 47'000 | -- | -- | -- | 20 | 19 | 160 | 50 |
| 48'000 | -- | -- | -- | 16 | 15 | 159 | 49 |
| 49'000 | -- | -- | -- | 13 | 12 | 158 | 49 |
| 50'000 | -- | -- | -- | 11 | 11 | 158 | 49 |
| 51'000 | -- | -- | -- | 10 | 10 | 157 | 48 |
| 52'000 | -- | -- | -- | -- | -- | 155 | 48 |
| 53'000 | -- | -- | -- | -- | -- | 152 | 47 |
| 54'000 | -- | -- | -- | -- | -- | 149 | 46 |
| 55'000 | -- | -- | -- | -- | -- | 146 | 45 |
| 56'000 | -- | -- | -- | -- | -- | 142 | 45 |
| 57'000 | -- | -- | -- | -- | -- | 138 | 44 |
| 58'000 | -- | -- | -- | -- | -- | 134 | 42 |
| 59'000 | -- | -- | -- | -- | -- | 129 | 41 |
| 60'000 | -- | -- | -- | -- | -- | 124 | 40 |
| 61'000 | -- | -- | -- | -- | -- | 118 | 38 |
| 62'000 | -- | -- | -- | -- | -- | 111 | 36 |
| 63'000 | -- | -- | -- | -- | -- | 101 | 34 |
| 64'000 | -- | -- | -- | -- | -- | 86 | 30 |
| 65'000 | -- | -- | -- | -- | -- | 10 | 10 |
| plus de 65'000 | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |

Canton de Bâle-Ville - barème des subsides 2009² - limites de revenus et montants

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 Pers. | 8 Pers. | Adultes par | Jeunes | Enfants par |
|----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|-------------|-----------|-------------|
| | Pers. | Pers. | Pers. | Pers. | Pers. | Pers. | | | personne | adultes | par |
| | | | | | | | | | | par | personne |
| | | | | | | | | | | personne | |
| 1 | 23'125 | 37'000 | 47'000 | 55'000 | 61'000 | 65'000 | 69'000 | 73'000 | CHF 271.- | CHF 231.- | CHF 93.- |
| 2 | 24'375 | 39'000 | 49'000 | 57'000 | 63'000 | 67'000 | 71'000 | 75'000 | CHF 253.- | CHF 217.- | CHF 88.- |
| 3 | 25'625 | 41'000 | 51'000 | 59'000 | 65'000 | 69'000 | 73'000 | 77'000 | CHF 235.- | CHF 203.- | CHF 83.- |
| 4 | 26'875 | 43'000 | 53'000 | 61'000 | 67'000 | 71'000 | 75'000 | 79'000 | CHF 217.- | CHF 189.- | CHF 78.- |
| 5 | 28'125 | 45'000 | 55'000 | 63'000 | 69'000 | 73'000 | 77'000 | 81'000 | CHF 199.- | CHF 175.- | CHF 73.- |
| 6 | 29'375 | 47'000 | 57'000 | 65'000 | 71'000 | 75'000 | 79'000 | 83'000 | CHF 181.- | CHF 161.- | CHF 68.- |
| 7 | 30'625 | 49'000 | 59'000 | 67'000 | 73'000 | 77'000 | 81'000 | 85'000 | CHF 163.- | CHF 154.- | CHF 63.- |
| 8 | 31'875 | 51'000 | 61'000 | 69'000 | 75'000 | 79'000 | 83'000 | 87'000 | CHF 145.- | CHF 154.- | CHF 58.- |
| 9 | 33'125 | 53'000 | 63'000 | 71'000 | 77'000 | 81'000 | 85'000 | 89'000 | CHF 127.- | CHF 154.- | CHF 53.- |
| 10 | 34'375 | 55'000 | 65'000 | 73'000 | 79'000 | 83'000 | 87'000 | 91'000 | CHF 109.- | CHF 154.- | CHF 48.- |
| 11 | 35'625 | 57'000 | 67'000 | 75'000 | 81'000 | 85'000 | 89'000 | 93'000 | CHF 91.- | CHF 154.- | CHF 46.- |
| 12 | 36'875 | 59'000 | 69'000 | 77'000 | 83'000 | 87'000 | 91'000 | 95'000 | CHF 73.- | CHF 154.- | CHF 46.- |
| 13 | 38'125 | 61'000 | 71'000 | 79'000 | 85'000 | 89'000 | 93'000 | 97'000 | CHF 55.- | CHF 154.- | CHF 46.- |
| 14 | 39'375 | 63'000 | 73'000 | 81'000 | 87'000 | 91'000 | 95'000 | 99'000 | CHF 37.- | CHF 154.- | CHF 46.- |
| 15 | 40'625 | 65'000 | 75'000 | 83'000 | 89'000 | 93'000 | 97'000 | 101'000 | CHF 20.- | CHF 154.- | CHF 46.- |
| 16 | 41'875 | 67'000 | 77'000 | 85'000 | 91'000 | 95'000 | 99'000 | 103'000 | CHF 20.- | CHF 154.- | CHF 46.- |
| 17 | 43'125 | 69'000 | 79'000 | 87'000 | 93'000 | 97'000 | 101'000 | 105'000 | CHF 20.- | CHF 154.- | CHF 46.- |
| 18 | 44'375 | 71'000 | 81'000 | 89'000 | 95'000 | 99'000 | 103'000 | 107'000 | CHF 20.- | CHF 154.- | CHF 46.- |

Pour les ménages avec plus de 8 personnes, le barème est augmenté de CHF 4'000 par personne supplémentaire.

² Les subsides 2010 ne sont pas encore publiés.

| ID | 2008 | | | | 2009 | | | | 2010 | | | | | | |
|----|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | jan. - sept. cumulé | 1 trimestre | 2 trimestre | 3 trimestre | 4 trimestre | jan. - sept. cumulé | 1 trimestre | 2 trimestre | 3 trimestre | 4 trimestre | jan. - sept. cumulé | 1 trimestre | 2 trimestre | 3 trimestre | 4 trimestre |
| | en frs. | en frs. | en frs. | en frs. | en frs. | en frs. | en frs. | en frs. | en frs. | en frs. | en frs. | en frs. | en frs. | en frs. | en frs. |
| CH | 2284 | 749 | 774 | 761 | 760 | 2360 | 76 | 3,3 | 805 | 56 | 781 | 6 | 774 | 14 p.d.v. | |
| DH | 2235 | 758 | 758 | 758 | 758 | 2538 | 42 | 4,1 | 797 | 70 | 762 | 4 | 767 | 17 p.d.v. | |
| EH | 2235 | 758 | 758 | 758 | 758 | 2538 | 42 | 4,1 | 797 | 70 | 762 | 4 | 767 | 17 p.d.v. | |
| LI | 1804 | 643 | 623 | 640 | 620 | 1988 | 85 | 4,5 | 655 | 22 | 655 | 45 | 658 | 18 p.d.v. | |
| LU | 1826 | 603 | 606 | 618 | 609 | 1919 | 93 | 5,1 | 626 | 23 | 630 | 24 | 664 | 46 p.d.v. | |
| UR | 1873 | 622 | 596 | 655 | 640 | 1985 | 121 | 6,5 | 675 | 53 | 659 | 63 | 660 | 5 p.d.v. | |
| SZ | 1810 | 613 | 585 | 612 | 590 | 1828 | 19 | 1 | 599 | -13 | 607 | 22 | 622 | 10 p.d.v. | |
| OW | 1712 | 566 | 567 | 580 | 578 | 1783 | 81 | 4,7 | 579 | 13 | 614 | 48 | 600 | 20 p.d.v. | |
| NW | 1917 | 630 | 646 | 641 | 637 | 2019 | 102 | 5,3 | 678 | 49 | 661 | 15 | 680 | 39 p.d.v. | |
| GL | 1860 | 609 | 625 | 625 | 625 | 2103 | 143 | 7,7 | 991 | 96 | 959 | 45 | 959 | 44 p.d.v. | |
| EG | 2135 | 724 | 724 | 724 | 724 | 2538 | 51 | 2,4 | 797 | 51 | 752 | 35 | 752 | -9 p.d.v. | |
| FL | 2238 | 753 | 729 | 756 | 746 | 2265 | 27 | 1,2 | 792 | 39 | 726 | -3 | 742 | -9 p.d.v. | |
| SO | 3081 | 975 | 1058 | 1048 | 1061 | 3087 | 6 | 0,2 | 1019 | 44 | 1041 | -17 | 1027 | -21 p.d.v. | |
| BS | 2416 | 795 | 806 | 815 | 811 | 2531 | 114 | 4,7 | 853 | 58 | 824 | 19 | 854 | 38 p.d.v. | |
| BL | 2150 | 708 | 730 | 711 | 724 | 2266 | 116 | 5,4 | 799 | 91 | 710 | -20 | 757 | 46 p.d.v. | |
| SH | 1732 | 571 | 580 | 581 | 600 | 1849 | 117 | 6,8 | 646 | 76 | 594 | 15 | 608 | 27 p.d.v. | |
| AR | 1555 | 510 | 504 | 541 | 550 | 1580 | 25 | 1,6 | 582 | 73 | 486 | -18 | 512 | -29 p.d.v. | |
| AI | 1831 | 582 | 627 | 622 | 617 | 1906 | 75 | 4,1 | 644 | 62 | 624 | -3 | 618 | -4 p.d.v. | |
| SG | 2080 | 675 | 675 | 675 | 675 | 2080 | 70 | 3,4 | 675 | 70 | 675 | 4 | 675 | 0 p.d.v. | |
| AG | 2080 | 685 | 675 | 700 | 668 | 2121 | 60 | 2,9 | 723 | 38 | 697 | 21 | 704 | 10 p.d.v. | |
| TG | 1932 | 626 | 649 | 657 | 661 | 2007 | 75 | 3,9 | 698 | 72 | 660 | 11 | 649 | -8 p.d.v. | |
| TI | 2823 | 847 | 915 | 862 | 838 | 2729 | 106 | 4 | 914 | 67 | 909 | -6 | 906 | 45 p.d.v. | |
| VD | 2660 | 864 | 846 | 850 | 884 | 2788 | 128 | 4,8 | 971 | 107 | 918 | -28 | 899 | 49 p.d.v. | |
| VS | 2052 | 673 | 689 | 690 | 690 | 2148 | 96 | 4,7 | 740 | 67 | 718 | 30 | 690 | 0 p.d.v. | |
| NE | 2623 | 877 | 871 | 875 | 875 | 2700 | 77 | 2,9 | 922 | 44 | 897 | 26 | 881 | 6 p.d.v. | |
| OE | 3084 | 1053 | 1077 | 1054 | 1054 | 3120 | 27 | 0,9 | 1054 | 19 | 1075 | 8 | 1054 | 7 p.d.v. | |
| JU | 2338 | 762 | 700 | 786 | 808 | 2527 | 180 | 8,1 | 894 | 112 | 797 | 37 | 837 | 41 p.d.v. | |
| FL | 2726 | 866 | 1000 | 840 | 990 | 2800 | 75 | 2,7 | 881 | -5 | 1024 | 24 | 896 | 55 p.d.v. | |

Affiche les données pour 2007 | Affichage des montants en centimes

Les coûts bruts englobent toutes les prestations couvertes par l'assurance obligatoire des soins (AOSS), y compris la participation des assurés aux frais. Les coûts bruts par assuré représentent les coûts moyens par assuré par canton et non les coûts de traitement effectifs. Le solde de compensation des assurés est déduit pour la prime en compte des coûts.

Source: DATAPOL.swisslife

(explication OFSP) données renouvelées selon fournisseurs de prestations et selon domicile de l'assuré

Office fédéral de la santé publique (OFSF)

Contact | Informations juridiques

<http://www.bag.admin.ch/index.html?lang=fr>

| | 2003 | | | 2004 | | | 2005 | | | 2006 | | | 2007 | | |
|--|----------|--------|----------|--------|----------|----------|----------|--------|----------|--------|--------|----------|----------|--------|----------|
| | femmes | hommes | total | femmes | hommes | total | femmes | hommes | total | femmes | hommes | total | femmes | hommes | total |
| | 758.9 | 523.8 | 636.7 | 569.8 | 844.8 | 709.8 | 846.9 | 574.5 | 713.3 | 578.8 | 606.8 | 718.1 | 897 | 606.8 | 754.2 |
| | 620.7 | 443.5 | 528.8 | 465.6 | 671.5 | 571.4 | 674.6 | 465.7 | 575.1 | 483.7 | 506.1 | 586 | 710.5 | 506.1 | 611.2 |
| | 474.8 | 349.4 | 409.1 | 396.5 | 556.7 | 477.7 | 406.6 | 405.6 | 490.2 | 406.6 | 428.4 | 487.9 | 561.4 | 428.4 | 510.1 |
| | 490 | 357.4 | 422.5 | 375.6 | 531.7 | 453.8 | 550.9 | 395.6 | 473.3 | 393.4 | 466 | 569.6 | 591.4 | 430 | 499.6 |
| | 604.8 | 521.4 | 458 | 484.2 | 660.8 | 571.5 | 671.9 | 495.6 | 582.6 | 487.1 | 507.1 | 579.4 | 695.5 | 507.1 | 602 |
| | 451.7 | 385.3 | 320.6 | 390.6 | 489.1 | 426.9 | 371.5 | 371.5 | 430.3 | 377.3 | 440.1 | 440.1 | 531.6 | 404.2 | 467.7 |
| | 396.5 | 329.8 | 329.8 | 329.8 | 401.5 | 355.3 | 504.9 | 364.5 | 430.3 | 377.3 | 398.5 | 443.9 | 553.3 | 398.5 | 475 |
| | 457.9 | 400.8 | 400.8 | 400.8 | 479.2 | 436.7 | 556.3 | 472.4 | 436.7 | 436.7 | 446.7 | 560.4 | 622.4 | 446.7 | 534.9 |
| | 482.7 | 403 | 482.7 | 403 | 579.2 | 533 | 630.9 | 443.6 | 564 | 470.1 | 478.5 | 568 | 698 | 478.5 | 586.7 |
| | 551.5 | 435.7 | 535.7 | 458 | 675.9 | 567.8 | 668 | 468 | 564 | 470.1 | 557.5 | 621 | 742 | 478.5 | 621 |
| | 619.9 | 535.1 | 619.9 | 482.1 | 664.3 | 574.5 | 695.8 | 487 | 579 | 503.2 | 522.9 | 589.6 | 709.8 | 522.9 | 617.6 |
| | 703 | 546.7 | 836.8 | 591.6 | 853.3 | 715 | 866.4 | 580.5 | 720 | 589.4 | 603.8 | 748.5 | 898 | 603.8 | 770.4 |
| | 803.7 | 552.7 | 803.7 | 552.7 | 856.6 | 529.6 | 627.9 | 436.6 | 535.2 | 464.8 | 493.2 | 559.5 | 686.7 | 493.2 | 587.8 |
| | 498.5 | 423.4 | 580.5 | 432.6 | 620.9 | 464.1 | 549.5 | 436.6 | 474.2 | 413.3 | 468.6 | 468.6 | 580.5 | 412 | 486.5 |
| | 497.8 | 378.6 | 427.8 | 391.9 | 535.9 | 464.1 | 549.5 | 378.6 | 474.2 | 413.3 | 468.6 | 468.6 | 580.5 | 412 | 486.5 |
| | 427.5 | 343.3 | 427.5 | 343.3 | 513.5 | 425.4 | 376.4 | 376.4 | 454.3 | 380.8 | 477.4 | 447.2 | 580.5 | 377.4 | 442.7 |
| | 513.7 | 415.5 | 481.4 | 447.5 | 621.3 | 535.5 | 458.1 | 376.4 | 454.3 | 380.8 | 477.4 | 447.2 | 580.5 | 377.4 | 442.7 |
| | 481.4 | 415.5 | 481.4 | 447.5 | 621.3 | 535.5 | 458.1 | 376.4 | 454.3 | 380.8 | 477.4 | 447.2 | 580.5 | 377.4 | 442.7 |
| | 561.2 | 406.1 | 561.2 | 406.1 | 637.1 | 535.5 | 458.1 | 376.4 | 454.3 | 380.8 | 477.4 | 447.2 | 580.5 | 377.4 | 442.7 |
| | 536.8 | 457.5 | 536.8 | 457.5 | 637.1 | 535.5 | 458.1 | 376.4 | 454.3 | 380.8 | 477.4 | 447.2 | 580.5 | 377.4 | 442.7 |
| | 457.5 | 406.1 | 457.5 | 406.1 | 637.1 | 535.5 | 458.1 | 376.4 | 454.3 | 380.8 | 477.4 | 447.2 | 580.5 | 377.4 | 442.7 |
| | 471.3 | 389.5 | 471.3 | 389.5 | 613.2 | 512.4 | 427.6 | 389.5 | 547 | 465.8 | 432 | 566.8 | 686.6 | 432 | 522.2 |
| | 559.9 | 471.3 | 559.9 | 471.3 | 613.2 | 512.4 | 427.6 | 389.5 | 547 | 465.8 | 432 | 566.8 | 686.6 | 432 | 522.2 |
| | 534.6 | 450.8 | 534.6 | 450.8 | 613.2 | 512.4 | 427.6 | 389.5 | 547 | 465.8 | 432 | 566.8 | 686.6 | 432 | 522.2 |
| | 648.1 | 535.6 | 648.1 | 535.6 | 740.9 | 642.8 | 584.1 | 570.5 | 477.8 | 402.1 | 416.6 | 499.7 | 608.4 | 416.6 | 512.8 |
| | 741.2 | 648.1 | 741.2 | 648.1 | 804.2 | 696.9 | 604.2 | 575.5 | 799.2 | 577.3 | 803.2 | 694.8 | 803.2 | 577.3 | 694.8 |
| | 787 | 659 | 787 | 659 | 804.2 | 696.9 | 604.2 | 575.5 | 799.2 | 577.3 | 803.2 | 694.8 | 803.2 | 577.3 | 694.8 |
| | 648.1 | 535.6 | 648.1 | 535.6 | 740.9 | 642.8 | 584.1 | 570.5 | 477.8 | 402.1 | 416.6 | 499.7 | 608.4 | 416.6 | 512.8 |
| | 483.5 | 381.7 | 483.5 | 381.7 | 505.1 | 434.1 | 376.4 | 376.4 | 454.3 | 380.8 | 477.4 | 447.2 | 580.5 | 377.4 | 442.7 |
| | 563.5 | 481.7 | 563.5 | 481.7 | 618.3 | 527.1 | 437.6 | 437.6 | 532.9 | 465.6 | 673.2 | 570.9 | 673.2 | 465.6 | 570.9 |
| | 628.6 | 524.5 | 628.6 | 524.5 | 674.8 | 570.8 | 468.1 | 468.1 | 570.8 | 468.1 | 570.8 | 674.8 | 674.8 | 468.1 | 570.8 |
| | 524.5 | 404.9 | 524.5 | 404.9 | 674.8 | 570.8 | 468.1 | 468.1 | 570.8 | 468.1 | 570.8 | 674.8 | 674.8 | 468.1 | 570.8 |
| | 1'151.10 | 966.8 | 1'151.10 | 966.8 | 1'230.50 | 1'012.90 | 1'230.50 | 966.8 | 1'214.60 | 997.5 | 787.9 | 1'229.60 | 1'017.50 | 997.5 | 1'107.50 |
| | 529.2 | 450.2 | 529.2 | 450.2 | 574.2 | 485.9 | 574.2 | 485.9 | 626.8 | 514.3 | 635.6 | 502.1 | 591.7 | 485.9 | 502.1 |
| | 673.3 | 570.8 | 673.3 | 570.8 | 723.3 | 610 | 723.3 | 610 | 742.4 | 514.3 | 530.2 | 776.1 | 655.5 | 530.2 | 655.5 |
| | 677.8 | 492.2 | 677.8 | 492.2 | 723.3 | 610 | 723.3 | 610 | 742.4 | 514.3 | 530.2 | 776.1 | 655.5 | 530.2 | 655.5 |

T 1.14 Réserves mathématiques AOS¹ par canton en % des primes depuis 1997

| Canton | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| ZH | 23.0% | 20.3% | 19.1% | 18.7% | 16.1% | 14.1% | 21.5% | 25.1% | 28.3% | 32.2% | 34.1% |
| BE | 20.6% | 23.0% | 24.8% | 22.2% | 16.8% | 14.2% | 14.6% | 10.0% | 4.6% | 2.1% | -1.7% |
| LU | 31.3% | 31.5% | 29.1% | 23.9% | 16.2% | 14.8% | 14.3% | 12.8% | 9.4% | 10.7% | 9.6% |
| UR | 31.0% | 39.1% | 39.5% | 36.0% | 21.1% | 21.6% | 20.7% | 21.0% | 14.5% | 9.1% | -2.2% |
| SZ | 32.6% | 40.1% | 37.8% | 33.5% | 19.0% | 16.6% | 15.8% | 15.2% | 14.7% | 13.7% | 11.6% |
| OW | 30.1% | 31.7% | 30.4% | 25.4% | 21.2% | 18.2% | 14.3% | 12.8% | 7.0% | 2.6% | -9.0% |
| NW | 34.1% | 41.9% | 44.4% | 39.7% | 33.3% | 26.8% | 24.0% | 22.5% | 19.9% | 17.5% | 9.9% |
| GL | 19.2% | 21.5% | 17.1% | 8.5% | -4.9% | -6.8% | -2.2% | -0.5% | -1.9% | 0.2% | 0.5% |
| ZG | 34.0% | 39.1% | 36.2% | 29.2% | 14.3% | 3.2% | 3.1% | 4.3% | 5.9% | 7.3% | 6.7% |
| FR | 30.7% | 27.9% | 25.0% | 26.1% | 21.8% | 20.6% | 23.3% | 24.8% | 24.2% | 22.5% | 20.4% |
| SO | 28.6% | 33.0% | 30.9% | 31.3% | 30.3% | 26.5% | 22.7% | 23.6% | 19.5% | 15.5% | 12.2% |
| BS | 32.2% | 31.5% | 31.1% | 21.7% | 11.9% | 10.8% | 14.4% | 20.0% | 21.0% | 24.3% | 25.1% |
| BL | 25.9% | 29.9% | 28.1% | 30.1% | 18.9% | 14.1% | 15.4% | 19.5% | 20.4% | 21.8% | 22.3% |
| SH | 16.9% | 18.6% | 8.1% | 2.6% | -7.7% | -2.9% | 1.0% | 4.0% | 5.2% | 9.3% | 11.7% |
| AR | 19.6% | 25.3% | 21.6% | 16.8% | 10.1% | 8.0% | 4.5% | 5.7% | 4.4% | 4.4% | 1.6% |
| AI | 29.2% | 35.7% | 28.6% | 22.0% | 13.5% | 1.6% | -3.2% | -1.9% | -4.1% | -0.9% | 3.4% |
| SG | 23.3% | 25.1% | 22.0% | 19.3% | 15.7% | 10.6% | 5.9% | 4.2% | 3.4% | 4.5% | 4.1% |
| GR | 28.7% | 23.2% | 29.6% | 12.2% | 5.2% | 3.0% | 7.3% | 8.5% | 11.2% | 13.7% | 11.6% |
| AG | 23.4% | 16.7% | 11.2% | 6.6% | 1.5% | 1.2% | 5.3% | 8.7% | 9.6% | 10.4% | 11.1% |
| TG | 13.2% | 7.9% | 5.4% | 0.7% | -3.7% | -4.4% | -2.6% | 5.8% | 11.9% | 18.6% | 23.5% |
| TI | 23.7% | 26.8% | 28.6% | 25.6% | 16.8% | 10.9% | 7.7% | 12.4% | 15.0% | 20.5% | 23.2% |
| VD | 22.2% | 25.9% | 28.4% | 29.2% | 20.9% | 22.3% | 23.0% | 26.5% | 28.8% | 34.0% | 37.2% |
| VS | 41.4% | 47.2% | 45.9% | 41.6% | 31.1% | 22.0% | 15.8% | 16.9% | 15.5% | 13.1% | 11.4% |
| NE | 13.0% | 8.0% | 15.1% | 6.5% | -1.2% | -3.3% | -5.6% | -7.1% | -1.0% | 9.7% | 18.2% |
| GE | 25.7% | 19.4% | 19.4% | 20.2% | 14.3% | 14.1% | 19.6% | 25.4% | 29.5% | 35.3% | 42.1% |
| JU | 18.9% | 16.2% | 10.1% | 5.2% | 0.9% | -1.3% | 6.2% | 11.2% | 13.3% | 20.3% | 22.6% |
| CH effectif | 24.8% | 23.5% | 23.6% | 21.1% | 15.0% | 12.8% | 14.2% | 16.5% | 17.2% | 19.4% | 20.2% |
| CH légal² | 17.2% | 16.9% | 17.2% | 17.0% | 16.9% | 17.0% | 17.1% | 16.5% | 16.2% | 16.2% | 14.4% |

Etat des données: CH: 31.7.08 / Cantons : 3.10.08

Source : cantons: procédure d'approbation des primes OFSP / CH : T 5.01 STAT AM 04-07 et données de surveillance 1997-2003

1) Valeurs effectives

2) Valeur calculée du taux minimal des réserves selon les prescriptions légales (voir T 5.01 & T 5.02).

Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2007, Office fédéral de la santé publique

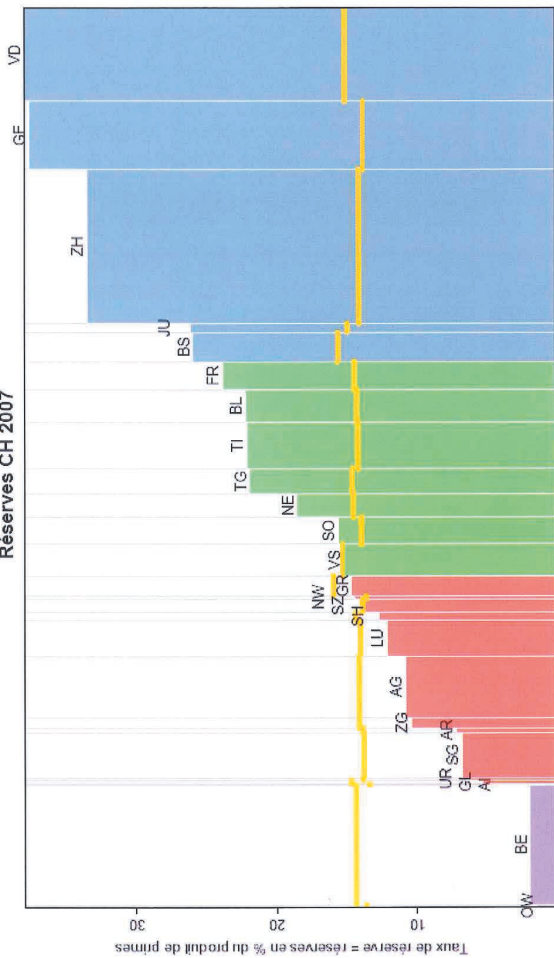


Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Assurance maladie et accidents

Réserves par canton

Réserves CH 2007



Un bloc par canton :
Largeur : Produit de primes. Hauteur : Taux de réserve. Surface : Réserves.

Colocation d'après le taux de réserve :

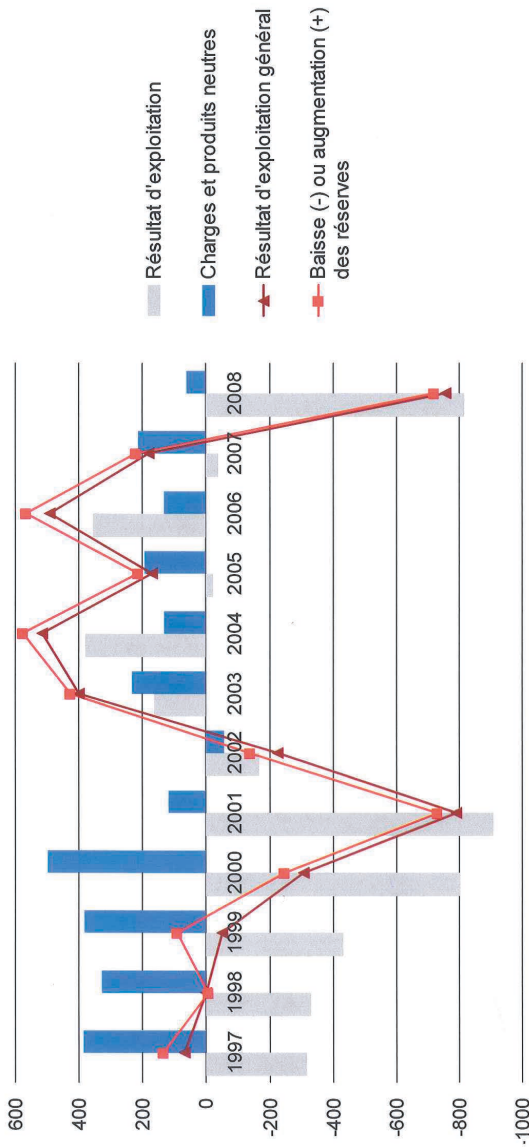
- < 5%
- 5% - 15%
- 15% - 25%
- > 25%

Source de données :
BAO OEPD UEPD UEPSP

Z 1 V - 02
PRE 35-ACC-MAL-RES-2010REV 17-03-2008

6. Coûts, primes et réserves: raisons de l'augmentation des primes

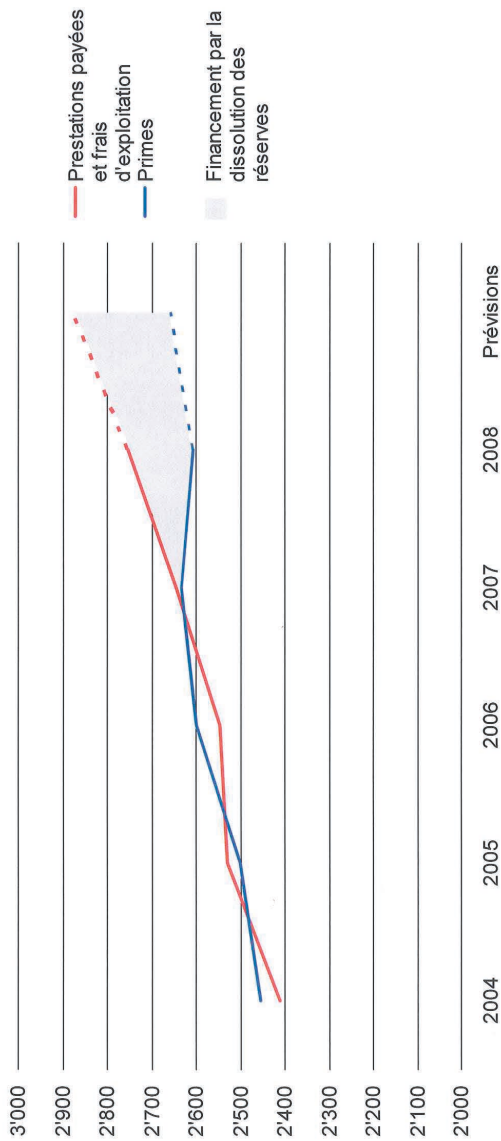
Résultat d'exploitation⁽¹⁾ et variation des réserves⁽²⁾ dans l'AOS en millions de CHF



Source: OFSP, statistique de l'assurance-maladie obligatoire 1996-2008

6. Coûts, primes et réserves: raisons de l'augmentation des primes

AOS: depuis 2007, les primes encaissées ne couvrent plus les coûts (prestations payées et frais d'exploitation)⁽¹⁾



Source: prestations nettes, primes 2004-2008: pool de données santésuisse données annuelles 2008

Les frais d'exploitation sont en général estimés à 6% des prestations nettes.

Prévisions 2009: estimation basée sur les données mensuelles mai 2009 du pool de données santésuisse

**santésuisse****Communiqué****santésuisse**
Site de Lausanne

Lausanne, le 22 septembre 2009

Suisse romande : l'ambulatorio hospitalier grandement à l'origine de l'augmentation des coûts

Pour l'ensemble des cantons romands l'on constate une importante augmentation dans les secteurs des médecins pratiquant en cabinet privé et surtout dans l'ambulatorio des hôpitaux. Cependant, les augmentations par assuré sont parfois très différentes selon le canton.

VALAIS

En 2008 l'augmentation moyenne des coûts par assuré se situe légèrement en-dessous de la moyenne suisse, soit à 4.9% au lieu de 5.4%.

Les coûts des médecins évoluent de 6% et poursuivent la hausse entamée en 2007. Comme dans pratiquement tous les cantons l'hôpital ambulatorio détient le record des augmentations avec un taux de 13.1%, alors que le domaine stationnaire reste relativement stable avec toutefois une augmentation de 1.7%.

Relevons encore que les frais des analyses de laboratoire prescrites par les médecins font un bond de 18.7%.

VAUD

Le canton de Vaud présente une évolution moyenne des coûts inférieure à la moyenne suisse, respectivement 3.8% et 5.4%.

Une forte hausse est enregistrée chez les médecins, avec une augmentation de 7.3%.

L'hôpital ambulatorio poursuit sa très forte augmentation avec un taux de 11.5%, le domaine stationnaire évoluant aussi de 3.1%. Les frais des analyses de laboratoire prescrits s'envolent de 10.2%.

Enfin, étonnamment, les dépenses des résidents en EMS se réduit de 1.3%.

NEUCHÂTEL

Le canton de Neuchâtel enregistre le taux moyen d'augmentation des coûts le plus bas de Suisse romande avec 2.4%.

Les secteurs de l'hôpital stationnaire et des EMS enregistrent même des réductions de respectivement -1.5% et -2.1%.

Les médecins pratiquant en cabinet privé dégagent une augmentation supérieure à celle des années précédentes, avec 5,4%.

Comme partout ailleurs cependant, le secteur de l'hôpital ambulatorio explose avec une augmentation de 14.5%.

JURA

Avec 4.9% d'augmentation moyenne des coûts 2008 par assuré, le Jura se situe à l'instar du Valais légèrement en-dessous de l'évolution moyenne suisse qui est de 5.4%.

Le coût des médecins indépendants évolue fortement avec un taux de 7.3% alors qu'en 2007 il n'était que de 1.6%.

Les secteurs hospitaliers stationnaire et ambulatoire augmentent fortement avec respectivement des augmentations de 12.6% et 6.6%.

A l'inverse, le domaine des EMS et des soins à domicile offre une baisse des coûts.

GENEVE

Avec 5.8% Genève présente une augmentation moyenne des coûts par assuré plus forte que la moyenne suisse (5.4%).

Le coût des médecins a tout particulièrement pris l'ascenseur avec une augmentation de 6.3%.

S'agissant de l'hôpital on doit constater, à la différence des autres cantons romands, une forte augmentation des coûts dans le secteur ambulatoire comme dans le secteur stationnaire (respectivement 9.2% et 7.1%). Les soins à domicile et les frais des analyses prescrites sont également en forte hausse.

FRIBOURG

Globalement Fribourg est dans la moyenne suisse avec un taux de 5.3% par assuré.

Comme dans les autres cantons romands, l'augmentation dans le domaine des médecins en cabinet augmente de façon plus marquée en 2008, soit de 6.4%. L'hôpital ambulatoire, comme partout ailleurs, continue sa forte progression avec une augmentation de 14.1%

Enfin les soins à domicile, les analyses en laboratoires et les physiothérapeutes présentent des croissances de 7-8%.

Les coûts de l'année 2008 servent de base de calcul pour la fixation des primes 2010.

S'ajoutent encore les coûts escomptés pour l'année en cours et, surtout, les pronostics pour l'année 2010, qui jouent un rôle important. En 2008 et 2009, les primes ne couvriront pas les coûts de l'assurance-maladie. L'augmentation des primes en 2010 reflètera en plus des augmentations de coûts régulières, le manque de financement de ces dernières années. Depuis l'introduction de la LAMal, les coûts de l'assurance de base ont augmenté au niveau suisse en moyenne de 4.4% par habitant.

santésuisse donne aujourd'hui à Berne une conférence de presse sur l'évolution des coûts sur le plan national. Des informations sont disponibles sous www.santesuisse.ch.

Pour de plus amples informations :

Nello Castelli

Responsable du site de Lausanne

santésuisse

021 321 00 21

nello.castelli@santesuisse.ch

Ce communiqué peut également être téléchargé sous: www.santesuisse.ch



santésuisse statistique des assurés date de début du traitement 2008

Extrapolés à 100% avec les données de la compensation des risques 2005 - 2008 et de la statistique en matière d'asile 2007 - 2008 ainsi qu'avec les données de juin 2009 pour l'année de traitement 2007 - 2008; les données ne sont pas historisées

Source de données: données mensuelles juin 2009

Canton: Genève

| | 2005 | | | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | |
|----------------------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------|
| | Prestations brutes en valeur absolue | Par assuré en valeur absolue | Augment- ation en % PB | Prestations brutes en valeur absolue | Par assuré en valeur absolue | Augment- ation en % PB | Prestations brutes en valeur absolue | Par assuré en valeur absolue | Augment- ation en % PB | Prestations brutes en valeur absolue | Par assuré en valeur absolue | Augment- ation en % PB |
| Assurés Pool de données | 335'926 | 350'946 | | 354'374 | | | 355'496 | | | 412'964 | | |
| Assurés comp. des risques* | 401'463 | 405'673 | 1.0% | 410'367 | 1.2% | | 412'964 | 0.6% | | | | |
| Couverture | 83.7% | 86.6% | | 86.4% | | | 86.7% | | | | | |
| Médecins | 423'582'695 | 1'055 | -2.4% | 424'975'150 | 1'036 | 2.7% | 454'811'765 | 1'101 | 1.6% | 454'811'765 | 1'101 | 7.0% |
| Médicaments Médecin | 12'571'735 | 31 | -0.9% | 12'458'186 | 31 | -1.9% | 13'223'759 | 32 | 4.9% | 15'805'431 | 38 | 18.8% |
| Pharmacies | 338'873'471 | 844 | -3.6% | 326'534'543 | 805 | -4.6% | 329'404'142 | 803 | -0.3% | 347'083'552 | 840 | 4.7% |
| Hôpitaux ambulatoires | 204'664'336 | 510 | 3.3% | 211'363'072 | 521 | 2.2% | 229'376'495 | 559 | 7.3% | 252'170'729 | 611 | 9.2% |
| Hôpitaux stationnaires | 336'499'940 | 838 | -2.5% | 327'920'816 | 808 | -3.6% | 321'381'071 | 783 | -3.1% | 346'407'533 | 839 | 7.1% |
| EMS | 95'976'091 | 259 | -2.7% | 93'392'185 | 230 | -3.7% | 95'486'543 | 233 | 1.1% | 101'147'180 | 245 | 5.3% |
| Soins à domicile | 30'937'086 | 77 | 10.0% | 34'032'039 | 84 | 8.9% | 37'806'135 | 92 | 9.8% | 41'149'014 | 100 | 8.2% |
| Laboratoires | 62'934'343 | 157 | -11.0% | 55'967'955 | 138 | -12.0% | 61'534'727 | 150 | 8.6% | 67'915'433 | 164 | 9.7% |
| Physiothérapeutes | 42'510'498 | 106 | -3.4% | 41'062'381 | 101 | -4.4% | 42'510'199 | 104 | 2.3% | 45'091'489 | 109 | 5.4% |
| Autres | 46'508'230 | 116 | 16.1% | 53'982'529 | 133 | 14.9% | 61'213'522 | 149 | 12.1% | 49'450'117 | 120 | -19.7% |
| Total | 1'595'058'427 | 3'973 | -1.6% | 1'570'334'857 | 3'871 | -2.6% | 1'616'911'743 | 3'940 | 1.8% | 1'721'032'243 | 4'168 | 5.8% |

*Effectif crassuré de la compensation des risques ainsi que personnes ayant fait une demande d'asile selon l'Office fédéral des migrations



santé suisse statistique des assurés date de début du traitement 2008

Extrapolés à 100% avec les données de la compensation des risques 2005 - 2008 et de la statistique en matière d'asile 2007 - 2008 ainsi qu'avec les données de juin 2009 pour l'année de traitement 2007 - 2008; les données ne sont pas historisées

Source de données: données mensuelles juin 2009

Canton: Fribourg

| | 2005 | | | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|------------------------------|-------------------------------|
| | Prestations brutes en valeur absolue | Par assuré en valeur absolue | Augment-ation en % PB | Prestations brutes en valeur absolue | Par assuré en valeur absolue | Augment-ation en % par assuré | Prestations brutes en valeur absolue | Augment-ation en % PB | Par assuré en valeur absolue | Augment-ation en % par assuré | Prestations brutes en valeur absolue | Augment-ation en % PB | Par assuré en valeur absolue | Augment-ation en % par assuré |
| Assurés Pool de données | 232'404 | 236'321 | | 238'638 | 238'638 | | 238'638 | 238'638 | | 238'638 | 238'638 | | 238'638 | 238'638 |
| Assurés comp. des risques* | 263'935 | 269'531 | 2.2% | 263'605 | 263'605 | 1.6% | 263'605 | 263'605 | 1.6% | 263'605 | 263'605 | 1.6% | 263'605 | 263'605 |
| Couverture | 91.5% | 91.1% | | 90.6% | 90.6% | | 90.6% | 90.6% | | 90.3% | 90.3% | | 90.3% | 90.3% |
| Médecins | 149'486'230 | 589 | 3.4% | 154'554'190 | 596 | 1.2% | 164'323'157 | 623 | 4.7% | 179'271'211 | 663 | 8.5% | 179'271'211 | 663 |
| Médicaments Médecin | 11'568'980 | 48 | -0.5% | 11'516'625 | 44 | -2.6% | 13'727'561 | 52 | 17.4% | 15'482'472 | 58 | 12.9% | 15'482'472 | 58 |
| Pharmacies | 138'621'926 | 546 | -0.9% | 137'329'734 | 529 | -3.1% | 141'504'257 | 537 | 1.4% | 150'515'001 | 560 | 6.4% | 150'515'001 | 560 |
| Hôpitaux ambulatoires | 85'081'696 | 335 | -0.7% | 84'461'302 | 325 | -2.9% | 96'222'672 | 365 | 12.2% | 111'909'076 | 416 | 16.3% | 111'909'076 | 416 |
| Hôpitaux stationnaires | 155'530'173 | 612 | 4.9% | 163'065'627 | 628 | 2.6% | 174'146'177 | 661 | 5.1% | 187'076'720 | 696 | 7.4% | 187'076'720 | 696 |
| EIMS | 61'184'495 | 241 | 4.1% | 63'705'151 | 245 | 1.9% | 65'862'948 | 250 | 1.8% | 69'102'896 | 257 | 4.9% | 69'102'896 | 257 |
| Soins à domicile | 10'392'418 | 41 | 5.7% | 10'985'415 | 42 | 3.4% | 11'965'711 | 45 | 7.2% | 13'189'768 | 49 | 10.2% | 13'189'768 | 49 |
| Laboratoires | 15'914'060 | 63 | -3.7% | 15'319'781 | 59 | -5.8% | 16'220'922 | 62 | 4.2% | 17'699'567 | 66 | 9.1% | 17'699'567 | 66 |
| Physiothérapeutes | 12'911'709 | 51 | 2.7% | 13'263'564 | 51 | 0.5% | 14'169'508 | 54 | 5.2% | 15'712'129 | 58 | 10.9% | 15'712'129 | 58 |
| Autres | 26'663'307 | 105 | 25.9% | 33'566'594 | 129 | 23.2% | 34'587'907 | 131 | 1.4% | 27'913'616 | 104 | -19.3% | 27'913'616 | 104 |
| Total | 667'374'993 | 2'628 | 3.1% | 667'827'981 | 2'650 | 0.8% | 732'731'019 | 2'780 | 4.9% | 766'882'675 | 2'928 | 7.4% | 766'882'675 | 2'928 |

*Effectif d'assurés de la compensation des risques ainsi que personnes ayant fait une demande d'asile selon l'Office fédéral des migrations

Poni de données santé suisse, 24.06.2009



Santésuisse
Datempool
Pool de données

santésuisse statistique des assurés date de début du traitement 2008

Extrapolés à 100% avec les données de la compensation des risques 2005 - 2008 et de la statistique en matière d'asile 2007 - 2008 ainsi qu'avec les données de juin 2009 pour l'année de traitement 2007 - 2008; les données ne sont pas historisées

Source de données: données mensuelles juin 2009

Canton: Jura

| | 2005 | | | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| | Prestations brutes en valeur absolue | Par assuré en valeur absolue | Augment-ation en % PB | Prestations brutes en valeur absolue | Par assuré en valeur absolue | Augment-ation en % PB | Prestations brutes en valeur absolue | Par assuré en valeur absolue | Augment-ation en % PB | Prestations brutes en valeur absolue | Par assuré en valeur absolue | Augment-ation en % PB |
| Assurés Pool de données | 56'457 | | | 55'708 | | | 56'679 | | | 57'362 | | |
| Assurés comp. des risques* | 69'551 | | 0.0% | 69'577 | | 0.2% | 69'750 | | 0.2% | 70'053 | | 0.4% |
| Couverture | 81.2% | | | 80.1% | | | 81.3% | | | 81.9% | | |
| Médecins | 36'770'287 | 529 | -3.1% | 35'632'352 | 512 | -3.1% | 36'281'888 | 520 | 1.6% | 39'089'045 | 558 | 7.7% |
| Médicaments Médecin | 3'522'356 | 51 | -4.5% | 3'365'577 | 48 | -4.5% | 3'375'652 | 48 | 0.0% | 3'454'642 | 49 | 2.3% |
| Pharmacies | 45'752'440 | 658 | -2.7% | 44'517'893 | 640 | -2.7% | 46'443'641 | 666 | 4.1% | 47'341'063 | 676 | 1.9% |
| Hôpitaux ambulatoires | 32'372'371 | 465 | -5.1% | 30'720'186 | 442 | -5.1% | 33'901'984 | 486 | 10.1% | 38'354'011 | 547 | 13.1% |
| Hôpitaux stationnaires | 49'951'079 | 718 | 8.8% | 54'360'853 | 781 | 8.8% | 50'052'798 | 718 | -8.1% | 53'644'813* | 766 | 7.1% |
| EMS | 13'594'735 | 195 | 1.5% | 13'801'481 | 198 | 1.5% | 20'853'280 | 299 | 50.7% | 20'742'363* | 296 | -0.5% |
| Soins à domicile | 7'313'817 | 105 | -0.5% | 7'275'124 | 105 | -0.6% | 7'900'258 | 113 | 8.5% | 7'860'003 | 112 | -0.3% |
| Laboratoires | 3'790'809 | 55 | -10.2% | 3'404'049 | 49 | -10.2% | 3'722'927 | 53 | 9.1% | 3'790'492 | 54 | 1.8% |
| Physiothérapeutes | 4'090'075 | 59 | -5.4% | 3'870'463 | 56 | -5.4% | 4'056'542 | 58 | 4.5% | 4'415'193 | 63 | 8.8% |
| Autres | 6'009'700 | 86 | 3.0% | 6'189'962 | 89 | 3.0% | 6'514'866 | 93 | 5.0% | 5'749'336 | 82 | -11.8% |
| Total | 203'167'670 | 2'921 | 0.0% | 203'137'960 | 2'920 | -0.1% | 213'133'635 | 3'056 | 4.9% | 224'460'991 | 3'204 | 5.3% |

*Effectif d'assurance de la compensation des risques ainsi que prestations avant fait une demande d'asile selon l'Office fédéral des migrations

*En 2007, les prestations de 2 EMS (env. 4,5 millions de francs) figurent dans la rubrique des EMS, alors que ces prestations avaient été comptabilisées dans la rubrique des hôpitaux stationnaires les années antérieures.



SANTÉUISSE
Datenpool
Pool de données

santéuisse statistique des assurés date de début du traitement 2008

Extrapolés à 100% avec les données de la compensation des risques 2005 - 2008 et de la statistique en matière d'assile 2007 - 2008 ainsi qu'avec les données de juin 2009 pour l'année de traitement 2007 - 2008; les données ne sont pas historisées

Source de données: données mensuelles juin 2009

Canton: Neuchâtel

| | 2005 | | | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| | Prestations brutes en valeur absolue | Par assuré en valeur absolue | Augment-ation en % PB | Prestations brutes en valeur absolue | Par assuré en valeur absolue | Augment-ation en % PB | Prestations brutes en valeur absolue | Par assuré en valeur absolue | Augment-ation en % PB | Prestations brutes en valeur absolue | Par assuré en valeur absolue | Augment-ation en % PB |
| Assurés Pool de données | 133795 | | | 131752 | | | 131728 | | | 130317 | | |
| Assurés comp. des risques* | 168696 | | 0.4% | 169613 | | 0.4% | 170721 | | 0.3% | 171044 | | 0.5% |
| Couverture | 79.2% | | | 77.7% | | | 77.1% | | | 76.2% | | |
| Médecins | 100825500 | 587 | 3.9% | 104772515 | 618 | 3.5% | 106040676 | 623 | 0.9% | 112332006 | 657 | 5.4% |
| Médicaments Médecin | 9481009 | 56 | 2.5% | 9726261 | 57 | 2.0% | 8946452 | 53 | -8.3% | 9431314 | 55 | 4.5% |
| Pharmacies | 130944405 | 775 | -1.4% | 129070582 | 761 | -1.8% | 129196392 | 759 | -0.2% | 133889637 | 783 | 3.7% |
| Hôpitaux ambulatoires | 59829856 | 354 | 7.2% | 64119345 | 378 | 6.7% | 70646198 | 415 | 9.9% | 81361594 | 476 | 14.5% |
| Hôpitaux stationnaires | 132107311 | 782 | -5.1% | 125357408 | 739 | -5.5% | 124444792 | 732 | -1.0% | 123260544 | 721 | -1.5% |
| EIMS | 65409730 | 387 | 3.9% | 67949960 | 401 | 3.4% | 68122839 | 400 | 0.0% | 67041804 | 392 | -2.1% |
| Soins à domicile | 16003929 | 95 | 9.4% | 17511961 | 103 | 9.0% | 18780398 | 110 | 6.9% | 19339068 | 113 | 2.4% |
| Laboratoires | 16078849 | 95 | 1.0% | 16234290 | 96 | 0.5% | 16519668 | 97 | 1.5% | 17147089 | 100 | 3.2% |
| Physiothérapeutes | 10211956 | 60 | -2.3% | 9975121 | 59 | -2.7% | 10315380 | 61 | 3.1% | 10675253 | 62 | 2.8% |
| Autres | 21867558 | 128 | 7.2% | 23246155 | 137 | 6.7% | 25154861 | 148 | 7.9% | 21026737 | 123 | -16.9% |
| Total | 562590103 | 3'331 | 1.0% | 567963299 | 3'349 | 0.5% | 578167455 | 3'399 | 1.8% | 595504647 | 3'482 | 2.4% |

*Effectif d'assurés de la compensation des risques ainsi que personnes ayant fait une demande d'assile selon l'Office fédéral des migrations!

Pool de données santéuisse, 24.06.2009

Source de données: données mensuelles juin 2009

santé suisse statistique des assurés date de début du traitement 2008

Extrapolés à 100% avec les données de la compensation des risques 2005 - 2008 et de la statistique en matière d'asile 2007 - 2008 ainsi qu'avec les données de juin 2009 pour l'année de traitement 2007 - 2008; les données ne sont pas historisées

Canton: Valais

| | 2005 | | | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | |
|----------------------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------|
| | Prestations brutes en valeur absolue | Par assuré en valeur absolue | Augment- ation en % PB | Prestations brutes en valeur absolue | Par assuré en valeur absolue | Augment- ation en % PB | Prestations brutes en valeur absolue | Par assuré en valeur absolue | Augment- ation en % PB | Prestations brutes en valeur absolue | Par assuré en valeur absolue | Augment- ation en % PB |
| Assurés Pool de données | 270'205 | | | 286'097 | | | 288'038 | | | 291'412 | | |
| Assurés comp. des risques* | 296'261 | | 0.9% | 298'652 | | 1.3% | 302'846 | | 1.2% | 306'427 | | 1.2% |
| Couverture | 91.2% | | 95.7% | | | 95.1% | | | 95.1% | | | |
| Médecins | 156'277'697 | 528 | 0.8% | 157'474'938 | 527 | -0.1% | 171'563'950 | 8.9% | 7.5% | 183'961'550 | 600 | 7.2% |
| Médicaments Médecin | 87'90'193 | 30 | 4.0% | 91'411'890 | 31 | 3.1% | 107'477'906 | 17.6% | 16.0% | 117'557'666 | 38 | 9.4% |
| Pharmacies | 166'330'033 | 561 | -2.4% | 162'410'664 | 543 | -3.2% | 170'679'125 | 5.1% | 3.7% | 182'339'472 | 595 | 6.8% |
| Hôpitaux ambulatoires | 88'588'162 | 299 | 9.1% | 96'677'802 | 323 | 8.2% | 111'570'414 | 15.4% | 13.9% | 127'649'963 | 417 | 14.4% |
| Hôpitaux stationnaires | 177'924'264 | 601 | 1.7% | 180'865'469 | 605 | 0.8% | 191'064'520 | 5.6% | 4.2% | 196'517'697 | 641 | 2.9% |
| EMS | 49'335'906 | 167 | 6.0% | 52'303'561 | 175 | 5.1% | 54'863'002 | 4.9% | 3.5% | 59'296'290 | 194 | 8.1% |
| Soins à domicile | 12'197'694 | 41 | 6.6% | 12'879'979 | 43 | 4.7% | 13'917'787 | 8.5% | 7.1% | 14'750'982 | 48 | 5.5% |
| Laboratoires | 17'540'177 | 59 | -4.6% | 16'731'863 | 56 | -5.4% | 16'157'325 | -3.4% | -4.7% | 19'398'379 | 63 | 20.1% |
| Physiothérapeutes | 167'43'164 | 57 | 0.6% | 16'850'178 | 56 | -0.2% | 17'955'961 | 6.6% | 5.2% | 19'525'393 | 64 | 8.7% |
| Autres | 34'072'498 | 115 | 5.0% | 35'769'866 | 120 | 4.1% | 39'165'486 | 9.5% | 8.0% | 31'440'612 | 103 | -19.7% |
| Total | 727'799'788 | 2'457 | 1.8% | 741'106'030 | 2'480 | 0.9% | 797'745'486 | 7.6% | 6.2% | 846'639'104 | 2'763 | 6.1% |

*Effectif d'assurés de la compensation des risques ainsi que personnes ayant fait une demande d'asile selon l'Office fédéral des migrations.

Pool de données santé suisse, 24.08.2009



Datenpool
Pool de données

santé suisse statistique des assurés date de début du traitement 2008

Extrapolés à 100% avec les données de la compensation des risques 2005 - 2008 et de la statistique en matière d'asile 2007 - 2008 ainsi qu'avec les données de juin 2009 pour l'année de traitement 2007 - 2008; les données ne sont pas historisées

Source de données: données mensuelles juin 2009

Canton: Vaud

| | 2005 | | | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | |
|----------------------------|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| | Prestations brutes en valeur absolue | Par assuré en valeur absolue | Augment-ation en % PB | Prestations brutes en valeur absolue | Par assuré en valeur absolue | Augment-ation en % PB | Prestations brutes en valeur absolue | Par assuré en valeur absolue | Augment-ation en % PB | Prestations brutes en valeur absolue | Par assuré en valeur absolue | Augment-ation en % PB |
| Assurés Pool de données | 530'699 | | | 548'217 | | | 555'394 | | | 563'870 | | |
| Assurés comp. des risques* | 647'249 | | 0.9% | 652'992 | | 1.2% | 660'992 | | 1.2% | 672'085 | | 1.7% |
| Couverture | 82.9% | | | 84.0% | | | 84.0% | | | 83.9% | | |
| Médecins | 467'382'135 | 722 | 0.5% | 469'697'721 | 719 | -0.4% | 488'784'169 | 739 | 2.8% | 533'427'891 | 794 | 7.3% |
| Médicaments Médecin | 11'337'2971 | 18 | 9.8% | 12'482'128 | 19 | 8.8% | 15'612'708 | 24 | 23.6% | 17'797'331 | 26 | 12.1% |
| Pharmacies | 476'130'001 | 736 | -1.3% | 469'912'937 | 720 | -2.2% | 482'614'895 | 730 | 1.5% | 506'923'434 | 754 | 3.3% |
| Hôpitaux ambulatoires | 389'578'678 | 602 | -1.0% | 395'817'251 | 591 | -1.8% | 410'753'749 | 621 | 5.2% | 465'498'790 | 693 | 11.5% |
| Hôpitaux stationnaires | 460'422'525 | 711 | -5.0% | 437'616'844 | 670 | -5.8% | 441'568'105 | 666 | -0.3% | 462'951'261 | 689 | 3.1% |
| EMS | 150'551'968 | 233 | 2.3% | 153'955'060 | 236 | 1.4% | 155'124'737 | 235 | -0.5% | 155'713'186 | 232 | -1.3% |
| Soins à domicile | 6947'2'339 | 107 | 6.2% | 73'808'259 | 113 | 5.3% | 77'219'416 | 117 | 3.4% | 83'933'413 | 125 | 6.9% |
| Laboratoires | 58'778'077 | 91 | -6.0% | 55'239'520 | 85 | -6.8% | 57'883'318 | 88 | 3.5% | 64'849'705 | 96 | 10.2% |
| Physiothérapeutes | 46'474'717 | 72 | -1.5% | 45'791'245 | 70 | -2.3% | 47'687'160 | 72 | 2.9% | 50'925'701 | 76 | 5.0% |
| Autres | 66'983'711 | 108 | 33.6% | 93'383'456 | 143 | 32.4% | 113'503'875 | 172 | 20.1% | 75'918'742 | 113 | -34.2% |
| Total | 2'200'057'122 | 3'399 | -0.1% | 2'197'704'421 | 3'366 | -1.0% | 2'290'752'131 | 3'466 | 3.0% | 2'417'939'453 | 3'598 | 5.6% |

*Effectif d'assurés de la compensation des risques ainsi que personnes ayant fait une demande d'asile selon l'Office fédéral des migrations

Pool de données santé suisse, 24.08.2009

Le système de réduction des primes d'assurance-maladie dans le canton de Genève



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENÈVE

1007 TERNANA 100

Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé
Service de l'assurance-maladie

12.06.2014 - Page 1

3 catégories de subsides

- Subsides prestations complémentaires AVS/AI 100%
- Subsides aide sociale 100%
- Subsides ordinaires (art. 65 LAMal, pour les assurés de condition économique modeste)



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENÈVE

1007 TERNANA 100

Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé
Service de l'assurance-maladie

12.06.2014 - Page 2

Le système des subsides ordinaires

- Barème par paliers => Modèle échelonné
- Revenu déterminant unifié (RDU => en moyenne 90% du revenu brut)
- Subsides accordés automatiquement selon la dernière taxation disponible
- Les subsides sont directement payés à l'assureur et déduits par ce dernier des primes du bénéficiaires



Le barème

| BARÈME DES SUBSIDES ORDINAIRES 2014 A GENEVE | | | | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| | GRUPE A 90 F / 224 F (JA) 100 F | GRUPE B 70 F / 224 F (JA) 100 F | GRUPE C 40 F / 224 F (JA) 100 F | GRUPE D1 100F / 224 F (JD) | GRUPE D2 75F / 224 F (JD) | GRUPE D3 54 F / 242 F (JD) |
| PERSONNE SEULE | 0 F à 18'000 F | 18'000 F à 29'000 F | 29'000 F à 38'000 F | | | |
| COUPLE | 0 F à 29'000 F | 29'000 F à 47'000 F | 47'000 F à 61'000 F | | | |
| 1 ENFANT | 0 F à 35'000 F | 35'000 F à 53'000 F | 53'000 F à 67'000 F | 67'000 à 72'000 | 72'000 à 77'000 | 77'000 à 82'000 |
| 2 ENFANTS | 0 F à 41'000 F | 41'000 F à 59'000 F | 59'000 F à 73'000 F | 73'000 à 78'000 | 78'000 à 83'000 | 83'000 à 88'000 |
| 3 ENFANTS | 0 F à 47'000 F | 47'000 F à 65'000 F | 65'000 F à 79'000 F | 79'000 à 84'000 | 84'000 à 89'000 | 89'000 à 94'000 |
| 4 ENFANTS | 0 F à 53'000 F | 53'000 F à 71'000 F | 71'000 F à 85'000 F | 85'000 à 90'000 | 90'000 à 95'000 | 95'000 à 100'000 |
| 5 ENFANTS | 0 F à 59'000 F | 59'000 F à 77'000 F | 77'000 F à 91'000 F | 91'000 à 96'000 | 96'000 à 101'000 | 101'000 à 106'000 |
| 6 ENFANTS | 0 F à 65'000 F | 65'000 F à 83'000 F | 83'000 F à 97'000 F | 97'000 à 102'000 | 102'000 à 107'000 | 107'000 à 112'000 |

Une majoration de 6'000 F par charge légale supplémentaire est consentie.

Les subsides pour les adultes sont de 90, 70 ou 40 F.

Les subsides pour les enfants du groupe A, B, C et D1 sont de 100 F. Les subsides pour les enfants du groupe D2 sont de 75 F. Les subsides pour les enfants du groupe D3 sont de 54

Les subsides pour les personnes âgées de 18 à 25 ans sont de 224 F (règles d'attribution différentes selon qu'ils entrent dans catégorie A, B, C (JA) ou D1, D2, D3 (JD))



Exemples :

- Famille avec 2 adultes et 2 enfants :
 - 50'000 F de RDU => Subside = $(2 \times 70) + (2 \times 100) = 340$ F par mois
= 4'080 F par an
 - 80'000 F de RDU => Subside = $(2 \times 75) = 150$ F par mois
= 1'800 par an
- Primes moyennes 2014 à Genève
 - Adultes : 483 F
 - Jeunes adultes : 448 F
 - Enfants : 107 F



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENÈVE

1009 TORRENOVA LEX

Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé
Service de l'assurance-maladie

12.06.2014 - Page 5

Quelques chiffres

Comptes 2013 : 271.2 mios pour 107'382 bénéficiaires

- Subsidés ordinaires : 64,7 millions pour 62'858 bénéficiaires
dont 26.3 mios pour 23'131 enfants
- Subsidés aide sociale : 72.9 millions pour 18'771 bénéficiaires
dont 6.2 mios pour 5'369 enfants
- Subsidés PC : 133.6 millions pour 25'753 bénéficiaires
dont 1.9 mios pour 1'603 enfants



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENÈVE

1009 TORRENOVA LEX

Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé
Service de l'assurance-maladie

12.06.2014 - Page 6

- Comptes 2012 : 263.6 mios pour 106'581 bénéficiaires
- Comptes 2011 : 240.2 mios pour 103'476 bénéficiaires
- Comptes 2010 : 234.9 mios pour 102'340 bénéficiaires
- Comptes 2009 : 213.2 mios pour 102'398 bénéficiaires



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENEVE

1009 TORRINO 100

Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé
Service de l'assurance-maladie

12.06.2014 - Page 7

Article 64a LAMal : assurés-débiteurs

1. L'assuré ne paie pas ses primes, franchises et/ou quote-part
2. L'assureur après un rappel met aux poursuites l'assuré
3. L'Office des poursuites analyse la situation de l'assuré-débiteurs et émet un acte de défaut de biens (ADB)
4. L'assureur envoie chaque année au SAM la liste des personnes ayant obtenu un ADB avec le montant total arriéré



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENEVE

1009 TORRINO 100

Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé
Service de l'assurance-maladie

12.06.2014 - Page 8

- 5. Le SAM prend en charge 85% du montant total arriéré présenté par l'assureur
- 6. L'assureur conserve les ADB et peut exercer une action récursoire
- 7. L'assureur doit verser au SAM 50% de toute somme recouvrée



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENEVE

1001 TERNIERIA LEX

Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé
Service de l'assurance-maladie

12.06.2014 - Page 9

Quelques chiffres

- Comptes 2013 : 39.5 mios
- Comptes 2012 : 36.3 mios
- Comptes 2011 : 36.4 mios



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENEVE

1001 TERNIERIA LEX

Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé
Service de l'assurance-maladie

12.06.2014 - Page 10

PL 10547 modifiant la LaLAMal

- Objet du PL :
 - Aux assurés de condition économique modeste
Mais aussi aux assurés qui paient plus de 8% de leur revenu pour les primes d'assurance-maladie de base
 - Les subsides comblent la différence entre les primes payées et les 8% du revenu d'un assuré ou d'un groupe familial
 - Les subsides dépendent ainsi de 2 variables, le revenu et la prime (actuellement ils dépendent uniquement du revenu (RDU)).



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENEVE

HOEF TORBRAND LEEU

Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé
Service de l'assurance-maladie

12.06.2014 - Page 11

Inconvénients du PL 10547

- Le seuil de 8% est irréaliste du point de vue financier
 - => Une estimation réalisée en 2010 prévoyait une augmentation de plus **300 mios** de subsides à verser par rapport à la dépense actuelle
- Le subside serait également accordé aux classes moyennes supérieures (**177'000.- contre 88'000.- actuellement**)
 - => Les dispositions LAMal (art. 65) stipulent :
 - pour les adultes : « aux assurés de condition modeste »
 - pour les enfants et les jeunes adultes en formation : « *aux bas et moyens revenus* »
 - => Ex. un couple avec 2 enfants
 Montant des primes : $(483 * 12 * 2) + (107 * 12 * 2) = 14'160 \text{ F}$
 Revenu limite de sortie pour le subside = 177'000 F (act. 88'000 F)



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENEVE

HOEF TORBRAND LEEU

Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé
Service de l'assurance-maladie

12.06.2014 - Page 12

Inconvénients du PL 10547

- Les subsides dépendraient du montant des primes qui sont fixées par les assureurs
=> Le canton perdrait la maîtrise de son budget pour les subsides (grande variation potentielle)
- Ce système inciterait les assurés à choisir une franchise plus basse, à 300 F
=> "Consommation" plus importante de soins



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENEVE

1007 TERNANA 1007

Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé
Service de l'assurance-maladie

12.06.2014 - Page 13

Proposition

- Attendre le résultat de la votation populaire sur la caisse unique du 28 septembre 2014



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENEVE

1007 TERNANA 1007

Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé
Service de l'assurance-maladie

12.06.2014 - Page 14