

Date de dépôt : 21 septembre 2015

Rapport

de la Commission des affaires sociales chargée d'étudier le projet de loi du Conseil d'Etat modifiant la loi sur l'insertion et l'aide sociale individuelle (LIASI) (J 4 04)

Rapport de majorité de M. Jean-Luc Forni (page 1)

Rapport de minorité de Mme Jocelyne Haller (page 37)

RAPPORT DE LA MAJORITÉ

Rapport de M. Jean-Luc Forni

Mesdames et
Messieurs les députés,

La Commission des affaires sociales a examiné le PL 11646 lors de ses séances des 19 et 26 mai, et des 2, 9 et 16 juin 2015 en présence de M. Mauro Poggia, conseiller d'Etat, DEAS, et de M. Jean-Cristophe Bretton, directeur général, DGAS. Les procès-verbaux ont été tenus avec exactitude par M^{mes} Noémie Pauli et Virginie Moro, ainsi que par M. Stefano Gorgone. Qu'ils soient remerciés de leur collaboration hautement appréciée aux travaux de la commission.

Préambule

Ce présent projet de loi sur l'insertion et l'aide sociale individuelle (LIASI) a pour but de modifier les modalités de prise en charge de la prime d'assurance-maladie obligatoire des soins. L'objectif est d'introduire, comme limite supérieure à la prise en charge des primes d'assurance-maladie des bénéficiaires de l'aide sociale (adultes et jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans révolus), une prime cantonale de référence (PCR), inférieure à la prime

moyenne cantonale (PMC) définie par le Département fédéral de l'intérieur (DFI). Ce projet de loi vise à inciter les bénéficiaires de l'aide sociale à opter pour des modèles à franchise plus élevées et/ou à des modèles d'assurance alternatifs (HMO, médecins de famille) afin de réduire le montant de leur prime d'assurance-maladie. Une analyse a montré qu'un nombre important des bénéficiaires de l'aide sociale (29% d'adultes et 49-52% de jeunes adultes) ne déclarait aucuns frais médicaux alors que d'autres déclarent des frais de plus de 3800 F par année. Dans ce dernier cas de figure, ces montants importants sont dus à des maladies chroniques et pour ces personnes la franchise à 300 F a tout son sens. Le Conseil d'Etat pourra définir les situations qui permettront une prise en charge de la prime d'assurance-maladie selon le système actuel, soit une prime avec une franchise minimale dont la prise en charge est assurée jusqu'à concurrence de la PMC. Pour les assurés de moins de 18 ans révolus, la prime d'assurance-maladie sera prise en charge à concurrence de la prime moyenne cantonale fixée par le Département fédéral de l'Intérieur. La prime cantonale de référence sera introduite progressivement.

En introduisant la PCR et en prenant en charge les éventuels coûts médicaux liés à l'augmentation des franchises, l'Etat fera une réelle économie dans le paiement des primes des bénéficiaires de l'aide sociale, économie estimée entre 1,3 million (vision prudente) et 3 millions de francs.

Présentation du PL 11646 par M. le conseiller d'Etat Mauro Poggia, DEAS

M. Poggia rappelle que le Conseil d'Etat est à la recherche d'économies sans pour autant nuire à la situation des bénéficiaires de l'aide sociale. Le PL 11646 ne touche pas les subsides destinés aux enfants.

La prime moyenne cantonale (ci-après PMC) est la base sur laquelle l'aide sociale est versée. La PMC (subside d'assurance maladie), fixée par l'Office fédéral de la santé publique, s'élève à 499 F par mois (au maximum) donc 6000 F par année environ. Les personnes sont incitées à chercher des primes qui sont au-dessous la PMC. En d'autres termes, si une personne bénéficie d'une prime réelle en-dessous de la PMC, alors elle touchera ce montant-ci. En revanche, si sa prime est supérieure, alors cette dernière est plafonnée à la PMC.

M. Poggia précise que la PMC est calculée sur la base d'une franchise minimum de 300 F. Les personnes étant à l'aide sociale bénéficient de la prise en charge de leur frais médicaux (25 000 F pour une personne seule et 50 000 F pour un couple), donc la prise en charge supportée par le canton est

importante. Dans l'hypothèse où la franchise serait augmentée, dans le cas des personnes n'ayant pas recours à des soins médicaux réguliers, il serait possible de faire des excédents de recettes en payant des primes plus basses.

M. Poggia explique que ces excédents de recette pourraient être réalisés par le canton en sélectionnant parmi les bénéficiaires de l'aide sociale ceux pour lesquels il y a un intérêt à les inciter à choisir des systèmes d'assurance proposant des primes mensuelles inférieures et des franchises plus élevées. Le cas échéant, le canton pourra bénéficier de ces primes mensuelles inférieures et cela ne pénalisera pas le bénéficiaire car même s'il aura une franchise plus élevée, les frais médicaux seront pris en charge par l'Etat.

M. Poggia ajoute que l'Etat ne peut obliger les bénéficiaires à choisir un certain type d'assurance, cependant il peut les inciter à se diriger vers des assurances proposant des primes inférieures.

M. Poggia cite le cas des enfants, pour lesquels la PMC doit rester le critère du subside. De plus, certaines personnes dont la santé requiert des soins réguliers, restent à la hauteur de la PMC pour des raisons économiques.

Enfin, M. Poggia résume que ce PL permet de faire une économie d'argent au canton grâce aux réductions de primes dont pourraient bénéficier certaines personnes qui choisiraient des assurances dans lesquelles la charge financière de l'Etat est moindre. De plus, un droit transitoire est prévu afin que passage d'un système à l'autre se fasse en douceur.

M. Bretton complète la présentation de M. Poggia et expose qu'aujourd'hui une personne qui arrive à l'aide sociale est incitée à opter pour une franchise de 300 F. Dans l'élaboration du PL, une analyse du type de régime des personnes venant à l'aide sociale a été faite. En effet, 53% des personnes adultes arrivent à l'Hospice général avec une franchise supérieure à 300 F. Dans ce cas-là, il faut attendre la fin de l'année civile pour pouvoir changer la franchise et la fixer à 300 F.

M. Bretton relève qu'une fois les personnes arrivées à l'aide sociale, 90% d'entre-elles ont des franchises à 300 F. Dans le cadre de l'analyse, une recherche a été menée au sujet du montant de frais médicaux assumés par ces personnes. L'analyse a montré que 29% des personnes adultes ne déclaraient aucuns frais médicaux. Par ailleurs, 38% des personnes déclarent des frais de plus de 3800 F par année. Ce montant est dû à des maladies chroniques par exemple et pour ces personnes la franchise à 300 F a tout son sens.

A propos des jeunes adultes (18-25 ans), M. Bretton déclare que 49% d'entre eux n'ont pas de frais médicaux durant l'année. Sur la base de ces éléments, quel est l'intérêt de maintenir une franchise à 300 F ? Il rappelle c'est à Genève qu'il y a la plus haute PMC et uniquement quatre caisses sont

en-dessous. M. Bretton amène l'idée d'une PCR (prime cantonale de référence) qui permettrait d'ouvrir des systèmes de franchise plus élevés. En fixant une PCR 20% inférieures à la PMC, donc à 400,70 F, quinze caisses pourraient en faire partie. De plus, s'il était possible d'inclure un système avec des médecins de famille notamment, alors quarante modèles d'assurance seraient inclus.

La DGAS précise encore que ce PL est indolore pour les bénéficiaires de l'aide sociale. Si un bénéficiaire souscrit une franchise de 1500 F, l'Hospice général pourra l'assumer.

Les bénéfices attendus de ce PL tourneraient autour d'une économie de 1,3 million (vision pessimiste) à 3 millions pour l'Etat.

Une commissaire (Ve) demande comment on en est arrivé à fixer une PCR en diminuant de 20% la PMC et ce qu'il se passe pour les personnes quittant l'aide sociale et qui devraient alors assumer les conséquences d'une franchise élevée.

M. Poggia rassure cette commissaire en lui affirmant que l'Hospice général prendra en charge toutes les conséquences financières découlant d'une franchise élevée jusqu'au moment où il sera possible pour le bénéficiaire de revenir à une franchise plus basse. Cette disposition figurera dans le règlement. Quant au pourcentage de rabais sur la PMC déterminant la PCR, il lui est répondu que ce pourcentage est modulable et a été calculé pour avoir un certain nombre d'assurances entrant dans le modèle retenu.

Présentation de M. Jean-Christophe Bretton, directeur général de l'action sociale (DGAS), résumant la situation liée au PL 11646 (ANNEXE I)

La discussion s'engage sur les éléments de cette présentation.

Ainsi, un commissaire (UDC) s'interroge sur l'adéquation d'inciter un assuré à prendre une franchise dans le cadre de la PCR et se demande aussi s'il ne vaudrait pas mieux calculer une prime prenant en considération le rabais maximum de la franchise et le réseau HMO.

M. Bretton répond qu'il n'est pas possible légalement d'obliger une personne à souscrire une assurance particulière, la PCR lui permet de choisir parmi un éventail de caisses-maladie. Libre à lui d'en choisir une plus chère mais il devra alors en payer la différence. L'incitation se fait déjà aujourd'hui à travers la PMC.

Une commissaire (EAG) pose plusieurs questions sur le fait que les quatre caisses accessibles dans le cadre de la PMC aujourd'hui fonctionnent dans un

système de tiers-garant et que cela pose un problème si l'assuré doit avancer l'argent et se faire rembourser par sa caisse-maladie. Concernant les évaluations émises dans la présentation, a-t-on tenu compte du délai d'inertie, une personne entrant à l'aide sociale ne pouvant pas changer de système au cours de la première année ?

Les réponses de la DGAS se veulent rassurantes. La transition pour une personne arrivant à l'aide sociale se fera à la fin de l'année en cours et d'une manière générale, le PL prévoit une montée en puissance de deux ans afin que la transition vers l'application de la nouvelle PCR se fasse en douceur.

Cette même commissaire s'inquiète sur d'éventuelles dérives déontologiques des professionnels de la santé qui seraient ainsi tentés de ne pas pratiquer certains examens médicaux pour limiter les coûts.

Il lui est répondu que le risque existe déjà à l'heure actuelle, les assureurs comparant les coûts par cantons des différents praticiens, notamment les médecins, et que l'absence de tels contrôles pourrait aussi être problématique. Le système fonctionne déjà dans le canton de Vaud sans que l'on ait pu y constater de dérives de ce type.

La discussion se poursuit sur les chiffres donnés par M. Bretton et notamment le fait que 40% d'assurés ne consomment rien en termes de frais médicaux. Cela est normal, est-il répondu, car de nombreuses personnes ont de grandes franchises et ne déclarent rien en termes de coûts à leur assurance maladie tant que cette franchise n'est pas atteinte.

Suivent des questions concernant un éventuel choix entre les systèmes PMC/PCR (commissaire MCG), ou de la liberté du choix de médecin (commissaire S) ou encore de la difficulté de revenir à une franchise basse lors de la sortie de l'aide sociale (commissaire S).

A ces différentes interrogations, il est répondu que si la PCR est introduite la PCR deviendra le système de référence, que le choix du médecin est conservé et que des dispositions seront prises pour informer l'assureur du passage à une franchise plus basse lors de la sortie de l'aide sociale d'un bénéficiaire soumis à la PCR.

Une députée (EAG) note un risque d'effet pervers. En effet, dans l'année civile suivant la sorte d'une personne de l'aide sociale, il pourrait y avoir un effet de seuil étant donné l'abaissement du total des charges assurées par la personne et dans ce cas-là, la personne pourrait sortir du barème d'octroi de l'aide sociale, tout en restant dans une situation précaire.

Un commissaire (UDC) renchérit que si le calcul de l'octroi de l'aide sociale se fait avec une franchise élevée qui abaisserait la prime de 100 F par

mois, cela représenterait 1200 F de charge en moins par année et par conséquent cela pourrait faire sortir une personne de l'aide sociale.

Le Président propose de se pencher sur la question avec des exemples pertinents.

Présentation de M. Bretton, répondant aux questions des commissaires sur les impacts de ce PL concernant l'éligibilité à l'aide sociale (ANNEXE II)

M. Bretton explique que pour les personnes ayant un revenu à la limite de l'octroi de l'aide sociale, la modification apportée par ce PL peut affecter leur éligibilité et ainsi ne pas leur permettre de toucher l'aide sociale. Ces cas problématiques ont été analysés par l'Hospice. Il en ressort que dans 45 situations, ce problème existe, sur 15 000 personnes à l'aide sociale n'ayant pas de revenu.

Ces 45 cas concernent uniquement les personnes avec un revenu.

Une commissaire (Ve) demande si ce PL concernant les personnes avec un revenu qui varie, le calcul se faisant de mois en mois, pourrait en fin d'année les amener à sortir de l'assistance.

M. Bretton répond qu'au terme de la deuxième année, les personnes peuvent sortir de l'aide sociale étant donné que la PCR entrera en vigueur.

Cette même députée relève qu'il y a plusieurs systèmes qui cohabitent comme les prestations complémentaires familiales (PC Fam) et l'aide sociale. Les PC Fam ont dans le plan de calcul, comme référence, la PMC quelle que soit la prime réelle que le bénéficiaire paie. Dès lors est-ce que l'Hospice va étudier un système semblable ?

M. Bretton répond que l'Hospice a écrit à M. Berset pour modifier la loi fédérale à ce sujet car c'est aberrant. La loi sur les prestations complémentaires (LPC) exige de payer la PMC à une personne. Or, actuellement l'Hospice paie les frais effectifs d'une personne à concurrence de la PMC. Ce PL ne traite cependant que de la LIASI et non des prestations complémentaires.

A ce stade de la discussion, plusieurs commissaires (Ve et EAG) demandent s'il serait possible de faire bénéficier ces 45 cas problématiques identifiés d'une dérogation (45 cas victimes du changement et qui perdraient ainsi l'aide sociale).

M. Bretton répond par la négative mais souligne que c'est à la commission de trancher cette question.

La discussion tourne autour de plusieurs problématiques :

- La sortie de l'aide sociale avec l'adoption de la PCR et d'un retour à cette même aide après quelques mois car la prime d'assurance maladie repasserait à 300 F.
- L'évaluation des frais médicaux pour savoir si une personne a droit à une dérogation pour entrer à l'aide sociale malgré tout.

M. Bretton répond à la fois que le risque de sortie et d'entrée à l'aide sociale par la modification de prime peut être assumé et qu'une analyse de la situation de l'assuré sera faite pour savoir si on a intérêt ou non à augmenter sa franchise. Cela passera par un entretien particulier entre le bénéficiaire et son assistant(e) social(e) et que des dérogations seront possibles.

A une nouvelle question d'une commissaire (EAG) demandant si la tendance serait d'arriver uniquement à la PCR, M. Bretton répond que la majorité des bénéficiaire sera basée sur la PCR et la minorité sera prise en charge par un système dérogatoire qui irait jusqu'à la PMC (environ 10% des cas selon les prévisions de l'Hospice).

Un commissaire (UDC) s'inquiète d'un effet pervers dans les 45 cas problématiques déjà cités. Il craint en effet que ces 45 personnes gagnant 100 F de trop pour être éligibles ne s'arrangent à gagner 100 F de moins pour rester éligibles à l'aide sociale. Ceci, précise-t-il est contraire à l'idéologie de la droite qui consiste à encourager les personnes à reprendre le travail. Il estime que ces 100 F économisés sur la prime grâce à la PCR pourraient être répercutés, à l'entrée, à l'aide sociale pour permettre aux personnes à la limite de l'éligibilité de rester éligibles.

Une commissaire (Ve) rejoint la position du commissaire (UDC) et demande si le canton de Vaud qui a adopté un régime semblable a évalué les économies qui en résultent.

M. Bretton répond que ce PL n'invente rien et qu'il reprend le système vaudois avec quelques améliorations. Le canton de Vaud en est très content, il y a une réelle économie même si le système est plus sévère que celui envisagé à Genève.

La discussion se poursuit et plusieurs commissaires insistent pour que l'on trouve une solution aux 45 cas problématiques identifiés par ce PL et qui provoquerait pour ces bénéficiaires une sortie artificielle de l'aide sociale.

M. Bretton relève que près de 800 collaborateurs de l'Hospice doivent appliquer la loi et que par conséquent, ils peuvent appliquer cette loi d'autant de manières. Si un système dérogatoire doit être envisagé, il doit être suffisamment documenté pour qu'il n'y ait aucun dérapage. Il ne faut donc

pas laisser dans la loi une large marge d'interprétation pour qu'il n'y ait pas de problème dans son application.

A ce stade, le Président décide d'arrêter la discussion et d'attendre la prise de position politique du conseiller d'Etat sur un éventuel système dérogatoire.

La commission poursuit ses travaux et un amendement est proposé par une commissaire (EAG).

Cet amendement consiste à rajouter une lettre « c » à l'alinéa 4 de l'art. 21A (deux variantes) afin que les 45 personnes évaluées comme potentiellement sortant de l'aide sociale en raison de l'abaissement du seuil par l'application de la prime cantonale de référence (PCR) ne soient pas pénalisées : « *c) Le maintien à l'aide sociale des personnes pour lesquelles une application de la PCR provoquerait leur sortie de l'aide sociale sans autre amélioration que l'abaissement de leur cotisation à hauteur de la PCR* » ou « *c) le maintien à l'aide sociale des personnes dont les ressources se situent dans la différence entre le total de charge incluant la PCR et celui comprenant la PMC* ». Le calcul de la sortie doit prendre en considération le montant de la prime moyenne cantonale (PMC) comme maximum et pas celui de la PCR. La personne ne passe pas à une franchise à 300 F afin que les coûts ne soient pas augmentés artificiellement. Ces dispositions évitent que des personnes soient préteritées par la mise en place du nouveau dispositif. Elle souhaite que le département confirme que les personnes verraient leur franchise et leurs frais de participation pris en charge durant une année de transition.

M. Bretton répond avoir fait part la semaine passée de sa position quant à ces 45 personnes possédant des revenus et qui pour un ou deux francs peuvent ne plus avoir droit aux prestations dévolues par le catalogue à l'ensemble des personnes se trouvant à l'aide sociale. Il confirme que le Département s'engage à prendre en charge les frais d'assurance-maladie jusqu'au prochain terme de résiliation ou de changement contractuel ce qui sera également inscrit dans le règlement.

M. Poggia ajoute que les personnes qui sortent de l'aide sociale ne seront pas pénalisées par le fait de rester avec une franchise plus élevée jusqu'au jour où elles pourront revenir à une franchise minimale. L'Hospice en assumera les coûts. Concernant les 45 situations dans lesquelles le passage à la PCR feraient sortir ces personnes de l'aide sociale, elles ne sont pas pénalisées mais aujourd'hui favorisées en pouvant rentrer à l'aide sociale par le fait que la PMC est prise en compte. Lorsque des mesures sont prises, elles doivent être appliquées à tout le monde par égalité de traitement. Les

personnes en question seront informées de l'application du nouveau barème. Il s'oppose au principe de faire de manière excessive des situations transitoires, ce d'autant plus lorsqu'il s'agit des critères d'éligibilité à l'aide sociale. L'argument selon laquelle on organise sa vie en fonction des prestations de l'aide sociale afin de pouvoir en bénéficier ne peut pas être pris en considération. La société fixe les critères d'octroi à l'aide sociale qui doivent être applicables à tous.

La discussion reprend sur la garantie que l'Etat donnera dans le règlement afin que la prise en charge de la franchise et des frais médicaux soit assurés jusqu'à ce que la personne concernée puisse changer de franchise. Tant M. Bretton que M. Poggia confirment leur engagement. La discussion se poursuit sur le constat (commissaire Ve) que les personnes faisant l'effort de travailler sont punies par ce changement de loi et de pratique. La problématique des franchises élevées est également évoquée par une commissaire (EAG) relevant que les personnes qui entrent à l'aide sociale car elles ne peuvent plus assumer leur choix de franchise élevée sont traitées différemment de celles qui en sortent pour les mêmes motifs. Elle mentionne que beaucoup de personnes choisissent une franchise élevée mais peinent ensuite à payer leurs frais médicaux quand surgit un problème de santé. Elle souligne encore qu'il ne faut pas empêcher les personnes de sortir de l'aide sociale mais qu'il faut les aider à sortir par le haut et non pas en restreignant leur éligibilité à l'aide sociale par l'adoption de ce PL qui pénalise 45 personnes au bénéfice d'un revenu. Elle s'interroge enfin sur les modalités de dérogation entre la PCR et la PMC.

M. Poggia est conscient qu'aujourd'hui beaucoup de personnes choisissent des franchises élevées pour avoir des primes plus basses en spéculant sur une bonne santé et ne peuvent ensuite pas assumer les frais médicaux lors de problèmes de santé. Ce problème est un fait de société antérieur à l'aide sociale et ne concerne pas le projet de loi. Chacun est libre de choisir son type d'assurance et il n'est pas possible d'obliger les personnes à prendre une petite franchise. Lorsque les personnes se trouvent à l'aide sociale, le problème ne se pose plus. La franchise plus élevée ne sera pas prise en charge à concurrence des coûts de santé générés par une maladie par la personne, mais par l'aide sociale. Le fait de passer d'une franchise de 300 F à 2500 F n'aura aucune conséquence financière sur la personne le temps durant laquelle elle sera à l'aide sociale, voire jusqu'à la fin de l'année civile de sa sortie.

Concernant les dérogations, un collaborateur du département décidera si la dérogation s'applique avec des critères suffisamment précis pour assurer l'égalité de traitement. Toute décision sera soumise à une voie de recours.

M. Bretton explique avoir pensé à ces situations exceptionnelles dans ce projet de loi. La franchise à 2500 F n'a aucun intérêt pour une personne se présentant avec une santé qui nécessite des soins réguliers et conséquents. Sous réserve du secret médical, il appartiendra à l'assistante sociale d'évaluer si cette personne peut entrer dans le régime du PCR ou si son état de santé nécessite le maintien de la PMC. L'idée est de faire une évaluation simple et sommaire lors de l'entretien bilatéral entre l'assistant social et le bénéficiaire. La grande majorité des personnes ne consomme pas des frais de santé à hauteur de la franchise maximale.

M. Poggia réaffirme encore que ce projet de loi part du constat que beaucoup de personnes à l'aide sociale se trouvent généralement en bonne santé. Pourquoi devraient-elles rester avec une franchise à 300 F sachant que leurs primes sont de toute façon intégralement payées par l'Etat ? Il faut les inciter à choisir une franchise moins élevée ou une assurance meilleure marché pour que l'Etat effectue des économies qui pourront être investies dans l'aide sociale.

Un commissaire (UDC) informe que son groupe est assez enthousiaste à ce projet de loi qui génère des économies substantielles pour le département. Il craint l'optimisation sociale. Il souhaiterait une proposition du département visant le maintien de la franchise à 300 F pour les 45 personnes se trouvant dans la « zone limite ». Le surcoût généré par cette entorse au projet de loi est estimé à 35 000 F, alors que le gain global est estimé à 1,3 million.

M. Poggia explique que lorsque le droit aux prestations sociales d'une personne est calculé, on entre dans la situation réelle de cette personne avec sa prime réelle. Soit la personne entre dans les critères d'octroi aux prestations de l'aide sociale avec sa prime, soit pas. Il ne faut pas déroger au futur système mis en place en entrant des données qui ne correspondent pas à la réalité des personnes concernées afin de pouvoir les maintenir artificiellement à l'aide sociale. Il faut raisonner en termes de principes et d'exemples. Il n'est pas constamment possible de créer des exceptions particulières afin d'arranger les uns et les autres. Les règles doivent s'appliquer à tout le monde.

Ce même commissaire (UDC) répond qu'il inverse le raisonnement. C'est la nouvelle loi qui fera que les personnes ne rentreront plus dans les critères d'octroi à l'aide sociale. Il propose d'intégrer dans les 1,3 million d'économie la création d'un fond dévolu à régler ces problèmes de cas limites. Plus il y aura de personnes dans ces cas limites, plus il y aura de personnes qui seront en train de retrouver une activité professionnelle.

M. Poggia rétorque que ces personnes seront maintenues dans l'aide sociale par cette dérogation car elles n'auront pas intérêt à gagner plus.

Le Président passe au vote d'entrée en matière sur le PL 11646

Pour :	15 (1 EAG, 3 S, 1 Ve, 4 PLR, 2 UDC, 1 PDC, 3 MCG)
Contre :	–
Abstention :	–

Le Président passe à la première lecture, soit au deuxième débat du PL 11646.

Art. 21, al. 2, let. c : pas d'opposition ni d'amendement – ADOPTE

Le Président passe à l'art. 21A et donne la parole à la commissaire (EAG) pour qu'elle s'exprime au sujet de l'amendement qu'elle a préalablement déposé.

Cette commissaire (EAG) explique qu'il s'agit d'éviter que le seuil de sortie de l'aide sociale soit artificiellement abaissé. Il est possible d'être d'accord sur le principe d'une recherche d'économie telle que présentée dans ce projet de loi pour autant qu'il ne porte pas atteinte aux personnes bénéficiant de l'aide sociale aujourd'hui. Ce projet de loi a malheureusement un effet négatif pour 45 personnes. La mesure proposée ne consiste pas à maintenir ces personnes avec une franchise à 300 F, mais à prévoir un dispositif pour les personnes qui se trouvent dans cette tranche. L'idée est d'être au-dessus du niveau permettant aujourd'hui d'être à l'aide sociale et non pas de baisser artificiellement le niveau.

Le Président rappelle que cela concerne 45 personnes pour un point mort à 2350 F.

Un commissaire (S) soutient ce projet de loi au niveau de son intention.

Un commissaire (MCG) demande si l'amendement consiste uniquement en l'ajout d'une lettre « c ».

La commissaire (EAG) répond positivement. Il y a deux variantes (c'est l'une ou l'autre).

Le même commissaire (MCG) demande comment la commissaire (EAG) interprète les deux formulations et qu'elle est la raison d'en avoir fait deux.

Elle répond que l'une pose le principe et l'autre est plus explicite concernant la marge sur laquelle s'appliquerait cette dérogation ou disposition particulière.

Un commissaire (PLR) étudiera avec son groupe cette proposition d'amendement. Sa position est pour le moment plutôt défavorable. Commencer à légiférer sur des exceptions paraît aller à l'encontre du projet de loi (il se rallie à l'avis du Conseil d'Etat).

Le commissaire (MCG) poursuit et demande si, en pratique, le système proposé par le projet de loi est complexe à mettre en place.

M. Bretton répond qu'il faut attendre chaque année le mois de novembre pour informer l'ensemble de ces personnes et savoir si leur intérêt est d'avoir une franchise élevée ou basse.

Le commissaire (MCG) explique que sa question portait sur l'amendement de la commissaire (EAG).

M. Bretton ne sait pas comment le mettre aujourd'hui techniquement et informatiquement en place. Il trouve le message derrière cet amendement inexplicable. La politique est de lutter contre les effets de seuil qui seront toujours malheureusement présents.

M. Poggia précise que, quand M. Bretton dit qu'il y a 45 situations dans lesquelles la prise en compte de la PCR plutôt que la PMC impliquerait une sortie de l'aide sociale, il part du principe qu'il y aurait dans ces 45 situations un intérêt à passer à la PCR, ce qui n'est pas certain.

M. Bretton ajoute que 45 personnes est donc le maximum par rapport aux entrées et sorties.

M. Poggia ajoute qu'il serait concevable que ces 45 personnes restent à la PMC même si leur situation médicale inciterait à passer à la PCR. La situation serait réglée.

Le Président arrête le débat et demande aux commissaires de présenter leurs amendements à la prochaine séance.

Les travaux de la commission reprennent et le Président informe les commissaires que le DEAS a passablement discuté des 45 situations litigieuses qui, au moment où cette loi entrerait en vigueur, en cas d'acceptation de celle-ci, pourraient sortir de l'aide sociale. Le département va donc proposer un amendement pour y remédier.

M. Bretton précise que l'idée de l'amendement est de mettre à l'article 60, al. 13 et 14, nouveaux, une exception à l'application de la prime cantonale de référence (PCR) pour les bénéficiaires qui perdraient leur droit à l'aide sociale. Il procède à la lecture de son amendement :

« Pour les personnes qui sont au bénéfice de l'aide sociale au moment de l'entrée en vigueur des modifications du ... et qui perdraient leur droit à ces prestations en raison de la prise en compte de la prime cantonale de

référence, les besoins de base au sens de l'article 21, alinéa 2, de la loi continuent à être calculés selon l'ancien droit, soit avec la prise en compte de la prime d'assurance-maladie obligatoire des soins, à concurrence de la prime moyenne cantonale (PCM) fixée par le Département fédéral de l'intérieur, et cela aussi longtemps qu'elles remplissent les autres conditions pour être bénéficiaires de prestations d'aide sociale ».

M. Bretton indique qu'il s'agit d'une disposition concernant exclusivement les 45 personnes prévues dans le dispositif actuel, c'est-à-dire au moment de l'entrée en vigueur de la loi, précisant que toutes les nouvelles personnes entrant après l'entrée en vigueur de cette loi se conformeront au système en vigueur. Il précise que cela suppose que le droit de ces personnes serait calculé à partir de la prime cantonale de référence, et non de la prime moyenne cantonale. Il mentionne que c'est la proposition faite par le département quant à cet amendement ciblant la situation de ces 45 personnes.

La commissaire (EAG) qui a déposé préalablement son amendement en deux variantes remercie le département d'avoir essayé de chercher une solution. Elle mentionne que le problème réside dans le fait que cela est limité aux personnes bénéficiaires d'une aide au moment de l'entrée en vigueur de la loi, et donc valable pour les 45 personnes, ce qui implique que le problème reste le même pour les autres, soit l'abaissement du seuil de sortie au même titre que le fait que c'est la prime cantonale de référence qui devient la référence. Elle indique que sa crainte est qu'un jour on pratique avec la PCR, comme cela a été fait précédemment avec la prime moyenne cantonale, c'est-à-dire qu'à un moment donné c'est cela qui est devenu la référence pour le calcul de l'aide et non plus le montant effectif.

M. Bretton indique que le principe est que la prime effective à concurrence de la PCR est prise en compte. Il mentionne que cela est effectif et donc que si celle-ci est au-dessus de la PCR, ce sera la PCR qui sera retenue. Si la prime est en-dessous de la PCR, ce sera la prime effective qui sera prise en compte. Il indique qu'il est vrai que dans la disposition proposée, il s'agit réellement de la PCR qui devient la référence.

Le Président mentionne que cela est le but du projet.

M. Bretton précise que la PMC restera pour les cas de rigueur dont il a été question et dont la franchise sera de 300 F pour des questions de santé.

La discussion se poursuit et une commissaire (EAG) précise une « sous-question »: Est-ce qu'un jour on ne va pas faire pour la prime cantonale de référence ce qui a été fait pour la prime moyenne cantonale, c'est-à-dire qu'indépendamment du montant de la cotisation, on prendra en considération la PCR pour le calcul, sans prendre en considération le fait que la personne a

une cotisation plus élevée et donc qu'elle est tenue de payer une cotisation plus élevée que la PCR. Elle souligne que c'est son inquiétude et que c'est donc une « inquiétude-retard » ! Elle donne l'exemple de personnes qui auraient une franchise plus basse et qui auraient donc une cotisation plus élevée. A terme, on pourrait décider que, quelques soient leur situations, on ne prenne en compte que la PCR et non la PMC comme référence pour le calcul d'entrée.

M. Bretton souligne avoir compris et mentionne qu'il n'y a aucune crainte pour le cas d'une telle personne qui arriverait à l'aide sociale puisque la même année rien ne sera fait, et que l'année suivante, au moment du changement, le département incitera cette personne à reprendre une formule d'assurance qui lui permettra d'être en-dessous ou à concurrence maximale de la PCR. Il indique donc que ces personnes-là ne seront donc pas prétéritées.

Une commissaire (Ve) demande si l'amendement du DEAS serait un article de la présente loi.

M. Bretton répond que cela serait une disposition transitoire.

Cette même commissaire (Ve) demande ce qu'il en sera des situations venant ensuite.

M. Bretton indique que la proposition faite par le DEAS est de légiférer pour ces 45 personnes précisément. Il mentionne que pour les nouvelles personnes, ce sera la PCR qui sera la base de calcul dès le moment de l'entrée en vigueur de cette loi.

Un commissaire (MCG) demande une précision afin de savoir si cela sera un barème d'entrée ou un barème de sortie. Il demande s'il serait possible de chiffrer cette nouveauté.

M. Bretton répond que tout est chiffrable car la référence virtuelle de la PMC serait maintenue.

Ce même commissaire (MCG) demande si ce système serait aussi possible pour le barème d'entrée.

M. Bretton indique que cela est très difficile de l'évaluer globalement.

Un commissaire (UDC) relève que ce projet de loi a été proposé à son origine pour que personne ne soit lésé, ni à l'entrée ni à la sortie de l'aide sociale, et que cela visait à économiser des franchises en fonction des situations médicales des personnes. Il constate qu'en fait le projet de loi ne cadre pas avec la réalité puisque le DEAS a dit qu'il n'y avait pas d'incidence pour les bénéficiaires de l'aide sociale alors qu'il y en a une. Il souligne que

cela est la base du questionnement puisque la réalité du PL ne correspond pas à sa description.

M. Bretton répond que le département a parlé des personnes qui sont à l'aide sociale exclusivement, ce qui signifie que celles qui sont en dehors de l'aide sociale ne sont pas concernées. Il mentionne que le but des personnes à l'aide sociale est de retrouver leur indépendance financière, qui entrent et sortent tous les jours lorsqu'elles travaillent, ce qui implique que ce PL ne les fera pas entrer ou sortir plus vite. Il souligne qu'il est ici question de 15 000 personnes qui n'ont aucun revenu. Il précise que ce projet de loi vise ce but-là.

Le même député (UDC) indique que lorsque le DEAS a présenté ce projet de loi, il a été dit qu'il n'y avait aucun impact, et non pas qu'il n'y avait aucun impact en fonction du type de population. Il pense que cela a été mal expliqué.

M. Bretton indique que le département n'a rien à cacher et mentionne que le département a dit qu'il y avait un impact ou non. Il souligne que peut-être que le DEAS aurait dû être présent dès le début afin de donner ses explications.

Un commissaire (S) mentionne qu'il est question uniquement de ces 45 situations alors qu'en réalité, l'accès à l'aide sociale, pour le futur et une fois que ces 45 situations seront clarifiées, sera différent d'avant puisque la PCR va devenir la référence. Il indique voir une inégalité de traitement ici puisque la personne qui s'adresse à l'aide sociale avec un régime de la PCM ne sera pas pris au même point que celui qui se présente avec la référence de la PCR. Il indique que cela est la raison pour laquelle l'amendement de de la commissaire (EAG) paraît être une garantie de cette inégalité de traitement entre avant et après.

M. Bretton mentionne que selon lui et à son niveau, si on va dans le sens que les députés souhaitent, il faut garder le statut quo et le système actuel. Il relève que l'inégalité de traitement est créée de facto pour éviter de ne plus connaître la PMC, comme le fait le système vaudois, sans quoi il n'y aurait pas d'inégalité de traitement mais plus de reconnaissance de la PMC.

Le même commissaire (S) demande si le DEAS s'est prononcé sur l'amendement de la commissaire (EAG).

M. Bretton répond que cet amendement reste dans l'idée de garder la PMC pour les nouvelles personnes qui arriveront à l'aide sociale. Il mentionne qu'à son niveau, il serait préférable de garder le statut quo pour ne pas entrer en matière sur la loi puisque cela complexifie les choses et que deux systèmes seront ensemble.

Le même commissaire (S) indique que le vote de cet amendement permettrait de garder toutes les nouveautés liées à la PCR, tout en gardant les différents seuils pour les personnes entrant plus tard.

M. Bretton indique que ce qui le gêne est de dire qu'une personne qui a payé 400 F de prime maladie serait considérée de la même manière que celle qui en a payé 500 F. Il indique qu'en tant que citoyen cela le choque et pense que cet amendement poserait un problème sur le fond dans une optique de justice sur la problématique du seuil.

Une commissaire (Ve) indique que l'idée même posée par le Conseil d'Etat pour économiser sur l'enveloppe de l'assistance était de donner moins d'argent aux caisses-maladie ce qui lui paraît raisonnable. Elle constate toutefois que le nouveau système impliquerait la sortie de personnes qui ne sortiraient pas avec le système actuel. Elle indique que ce qui la dérange le plus est que cela concerne des personnes qui travaillent, c'est-à-dire qui font ou maintiennent un effort pour améliorer leur situation, et que la couverture par la loi sur l'assistance devrait être une protection. Elle indique que cela constitue une baisse du droit à l'assistance et propose de continuer à chercher des solutions.

M. Bretton indique que ce PL n'est pas une nouveauté et qu'il a été mis en place par le canton de Vaud. Il mentionne que le DEAS s'est entretenu avec M. Maillard qui a fait un point de situation sur le système.

Un commissaire (S) indique que 45 personnes sont concernées par l'amendement proposé par la commissaire (EAG). Cela implique que pendant deux ou trois ans, il y aura deux systèmes de référence. Il demande donc quelles seraient les conséquences de prolonger ces délais.

M. Bretton souligne que prolonger indéfiniment les délais revient à dire que l'on garde la PMC en référence, ce qui implique de faire ce qui est fait à présent. Il répète que dans ce cas-là, il vaut mieux ne pas voter ce projet de loi. Le voter ainsi amendé ne créerait qu'une complexité supplémentaire.

Le Président met aux voix le titre de l'article 21A du PL 11646 :

Oui :	15 (1 EAG, 1 Ve, 3 S, 1 PDC, 4 PLR, 2 UDC, 3 MCG)
Non :	–
Abstention :	–

Le titre est approuvé à l'unanimité.

Le Président met aux voix le premier alinéa de l'article 21A du PL 11646, qu'il indique être inchangé :

Oui :	15 (1 EAG, 1 Ve, 3 S, 1 PDC, 4 PLR, 2 UDC, 3 MCG)
Non :	–
Abstention :	–

Le premier alinéa est approuvé à l'unanimité.

Le Président met aux voix le deuxième alinéa de l'article 21A du PL11646 :

Oui :	15 (1 EAG, 1 Ve, 3 S, 1 PDC, 4 PLR, 2 UDC, 3 MCG)
Non :	–
Abstention :	–

Le deuxième alinéa est approuvé à l'unanimité.

Le Président met aux voix le troisième alinéa de l'article 21A du PL 11646 :

Oui :	15 (1 EAG, 1 Ve, 3 S, 1 PDC, 4 PLR, 2 UDC, 3 MCG)
Non :	–
Abstention :	–

Le troisième alinéa est approuvé à l'unanimité.

Le Président met aux voix les lettres a et b du quatrième alinéa de l'article 21A du PL 11646 :

Oui :	15 (1 EAG, 1 Ve, 3 S, 1 PDC, 4 PLR, 2 UDC, 3 MCG)
Non :	–
Abstention :	–

Les lettres a et b de l'article 21A sont approuvées à l'unanimité.

Le Président met aux voix l'amendement de la commissaire (EAG) concernant l'article 21A al. 4 let. c de la première variante :

Oui :	6 (1 EAG, 1 Ve, 3 S, 1 UDC)
Non :	9 (4 PLR, 1 UDC, 3 MCG, 1 PDC)
Abstention :	–

Cet amendement concernant la première variante de la lettre c est refusé.

Le Président met aux voix l'amendement de la commissaire (EAG) concernant l'article 21A al. 4 let. c de la deuxième variante :

Oui :	5 (1 EAG, 1 Ve, 3 S)
Non :	9 (4 PLR, 1 UDC, 3 MCG, 1 PDC)
Abstention :	1 (1 UDC)

Cet amendement concernant la deuxième variante de la lettre c est refusé.

Le Président met aux voix l'alinéa 4 de l'article 21A du PL 11646, tel que rédigé dans le projet de loi :

Oui :	9 (1 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 3 MCG)
Non :	6 (1 EAG, 1 Ve, 3 S, 1 UDC)
Abstention :	–

L'article 21A al. 4 let. a et b, tel que rédigé dans le PL 11646, est approuvé.

Le Président met aux voix l'article 21B du PL 11646 :

Oui :	15 (1 EAG, 1 Ve, 3 S, 1 PDC, 4 PLR, 2 UDC, 3 MCG)
Non :	–
Abstention :	–

L'article 21B est approuvé à l'unanimité.

M. Bretton précise que cet article concerne des cas où les personnes seraient déjà supérieures à la PMC et pour lesquelles leur situation est maintenue jusqu'à résiliation du contrat.

Le Président met aux voix l'article 60 al. 13 nouveau du PL 11646 :

Oui :	13 (3 S, 1 PDC, 4 PLR, 2 UDC, 3 MCG)
Non :	–
Abstentions :	2 (1 EAG, 1 Ve)

L'article 60 al. 13 nouveau est adopté.

Le Président met aux voix la proposition d'amendement du DEAS concernant l'alinéa 14 de l'article 60 du PL 11646, traitant des exceptions :

« Exception à l'application de la prime cantonale de référence pour les bénéficiaires qui perdraient leur droit à l'aide sociale

¹⁴ Pour les personnes qui sont au bénéfice de l'aide sociale au moment de l'entrée en vigueur des modifications du (à compléter) et qui perdraient leur droit à ces prestations en raison de la prise en compte de la prime

cantonale de référence, les besoins de base au sens de l'article 21, alinéa 2, de la loi continuent à être calculés selon l'ancien droit, soit avec la prise en compte de la prime d'assurance-maladie obligatoire des soins, à concurrence de la prime moyenne cantonale fixée par le Département fédéral de l'intérieur, et cela aussi longtemps qu'elles remplissent les autres conditions pour être bénéficiaires de prestations d'aide sociale. »

Oui :	13 (3 S, 1 PDC, 4 PLR, 2 UDC, 3 MCG)
Non :	2 (1 EAG, 1 Ve)
Abstention :	–

L'article 60 al. 14 est adopté.

Le Président met aux voix l'article 60 al. 13, ainsi modifié avec le vote de l'al. 14, soit l'article 60 dans son ensemble, du PL 11646 :

Oui :	11 (1 S, 1 PDC, 4 PLR, 2 UDC, 3 MCG)
Non :	2 (1 EAG, 1 Ve)
Abstentions :	3 (2 S, 1 UDC)

L'article 60 est adopté.

Le Président met aux voix l'article 2 souligné du PL 11646 :

Oui :	15 (1 EAG, 1 Ve, 3 S, 1 PDC, 4 PLR, 2 UDC, 3 MCG)
Non :	–
Abstention :	–

L'article 2 souligné est approuvé à l'unanimité.

Le Président indique que cela clôt le deuxième débat. Il demande si des commissaires souhaitent redéposer des amendements pour le troisième débat, ce qui n'est pas le cas.

Le Président met aux voix le PL 11646, tel que modifié en deuxième débat :

Oui :	9 (1 PDC, 4 PLR, 1 UDC, 3 MCG)
Non :	6 (1 EAG, 1 Ve, 3 S, 1 UDC)
Abstention :	–

Le PL 11 646 est approuvé.

La catégorie de débat est II.

Commentaires du rapporteur

Mesdames et Messieurs les députés, la Commission des affaires sociales a décidé à la majorité d'accepter ce PL 11646 amendé par le DEAS.

En effet, ce PL qui introduit une prime cantonale de référence (PCR) dans les modalités relatives à la prise en charge de la prime d'assurance-maladie obligatoire de soins des adultes et des jeunes adultes âgés entre 18 et 25 ans (art. 21A LIASI nouveau) inférieure de 20% à la prime moyenne cantonale (PMC) ne devait pas causer de préjudices aux bénéficiaires de l'aide sociale. Lors de l'examen de ce PL, la Commission des affaires sociales a demandé à la DGAS de s'assurer que ce projet de loi n'avait aucune incidence sur l'éligibilité des bénéficiaires de l'aide sociale. Il s'est avéré que pour 45 d'entre eux (avec un revenu) sur 15 000 bénéficiaires sans revenu que compte l'aide sociale, cette PCR se traduisait par une perte de l'aide sociale. Pour remédier à ce constat une commissaire (EAG) a proposé des amendements afin que des exceptions durables puissent être incluses dans ce projet de loi afin d'éviter que le nouveau système ainsi établi ait des conséquences sur l'éligibilité à l'aide sociale des bénéficiaires actuels et futurs. Un autre amendement présenté par le DEAS a privilégié la sauvegarde dans le giron de l'aide sociale des 45 cas identifiés actuellement. Les besoins de base au sens de l'article 21, alinéa 2, de la loi continuent d'être calculés selon l'ancien droit, soit avec la prise en compte de la prime d'assurance-maladie obligatoire de soins, à concurrence de la prime moyenne cantonale (PMC) fixée par le Département fédéral de l'Intérieur tant et aussi longtemps que ces 45 personnes remplissent les autres conditions pour être bénéficiaires des prestations d'aide sociale. Pour les nouveaux arrivants à l'aide sociale, ce seront les nouvelles règles de calcul tenant compte de la PCR qui s'appliqueront.

La majorité des commissaires a suivi cet avis en tenant compte des économies que l'Etat engrangera sur le paiement de primes de caisses maladie plus basses sans diminution ou péjoration de la couverture des frais médicaux des bénéficiaires de l'aide sociale.

Nous vous invitons, Mesdames et Messieurs les députés, à suivre l'avis de la majorité des commissaires de la Commission des affaires sociales et à accepter ce PL 11646 tel qu'il vous a été présenté.

Projet de loi (11646)

modifiant la loi sur l'insertion et l'aide sociale individuelle (LIASI) (J 4 04)

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

Art. 1 Modifications

La loi sur l'insertion et l'aide sociale individuelle, du 22 mars 2007, est
modifiée comme suit :

Art. 21, al. 2, lettre c (nouvelle teneur)

² Font partie des besoins de base :

- c) la prime d'assurance-maladie obligatoire des soins, prise en charge
selon les modalités définies aux articles 21A et 21B;

Art. 21A Modalités relatives à la prise en charge de la prime d'assurance-maladie obligatoire des soins des adultes et des jeunes adultes âgés entre 18 et 25 ans révolus (nouveau)

¹ Pour les adultes et les jeunes adultes âgés entre 18 et 25 ans révolus, la
prime d'assurance-maladie obligatoire des soins est prise en charge à
concurrence de la prime cantonale de référence.

² La prime cantonale de référence, fixée chaque année par arrêté du Conseil
d'Etat, se fonde sur les primes les plus économiques proposées par une
sélection d'assureurs pratiquant dans le canton. Les modalités de calcul de
cette prime sont précisées par règlement.

³ La prime cantonale de référence est inférieure à la prime moyenne
cantonale fixée par le Département fédéral de l'intérieur.

⁴ Le Conseil d'Etat définit par règlement :

- a) les situations des personnes, dont notamment celles qui ont des frais de
maladie élevés, qui permettent, en dérogation à l'alinéa 1, une prise en
charge de la prime d'assurance-maladie obligatoire des soins, avec une
franchise minimale, à concurrence de la prime moyenne cantonale
définie par le Département fédéral de l'intérieur;

- b) les exceptions temporaires pour les nouvelles personnes présentant une demande d'aide sociale et dont la prime d'assurance-maladie obligatoire des soins dépasse la prime cantonale de référence au sens de l'alinéa 1, respectivement la prime moyenne cantonale mentionnée à la lettre a.

Art. 21B Modalités relatives à la prise en charge de la prime d'assurance-maladie obligatoire des soins des assurés âgés de moins de 18 ans révolus (nouveau)

¹ Pour les assurés âgés de moins de 18 ans révolus, la prime d'assurance-maladie obligatoire des soins est prise en charge à concurrence de la prime moyenne cantonale fixée par le département fédéral de l'intérieur.

² Sont réservées les exceptions temporaires prévues par règlement du Conseil d'Etat pour les nouvelles personnes présentant une demande d'aide sociale et dont la prime d'assurance-maladie obligatoire des soins dépasse la prime moyenne cantonale.

Art. 60, al. 13 (nouveau)

Modifications du ... <date d'adoption, à compléter ultérieurement>

Application progressive de la prime cantonale de référence

¹³ L'application de la prime cantonale de référence intervient de manière progressive :

- a) pendant un délai de 2 ans dès l'entrée en vigueur des modifications du ... (*à compléter*), les bénéficiaires de prestations d'aide sociale sont incités à choisir un contrat d'assurance-maladie obligatoire des soins permettant la prise en charge de leur prime en application des modalités définies par les nouvelles dispositions. Pendant ce délai, la prise en charge de la prime d'assurance-maladie obligatoire des soins selon l'ancien droit reste possible;
- b) dès la troisième année suivant l'entrée en vigueur des modifications du ... (*à compléter*), la prime d'assurance-maladie obligatoire des soins est prise en charge exclusivement en application du nouveau droit.

Exception à l'application de la prime cantonale de référence pour les bénéficiaires qui perdraient leur droit à l'aide sociale

¹⁴ Pour les personnes qui sont au bénéfice de l'aide sociale au moment de l'entrée en vigueur des modifications du ... (*à compléter*) et qui perdraient leur droit à ces prestations en raison de la prise en compte de la prime cantonale de référence, les besoins de base au sens de l'article 21, alinéa 2, de la loi continuent à être calculés selon l'ancien droit, soit avec la prise en

compte de la prime d'assurance-maladie obligatoire des soins, à concurrence de la prime moyenne cantonale fixée par le Département fédéral de l'intérieur, et cela aussi longtemps qu'elles remplissent les autres conditions pour être bénéficiaires de prestations d'aide sociale.

Art. 2 Entrée en vigueur

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



Prime cantonale de référence (PCR)

PL 11646

Commission des affaires sociales du 26 mai 2015



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENEVE

1007 FORMAS 100

Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé
Direction générale de l'action sociale

27.05.2015 - Page 1

Table des matières

1. Objectifs
2. Chiffres clés
3. Tableaux des niveaux de primes
4. Situation vaudoise
5. Participation aux frais médicaux (franchise et quotes-parts)
6. Synthèse



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENEVE

1007 FORMAS 100

Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé
Direction générale de l'action sociale

27.05.2015 - Page 2

1. Objectifs

- **introduire**, comme limite supérieure à la prise en charge des primes d'assurance-maladie des bénéficiaires de l'aide sociale (adultes et jeunes adultes entre 18 et 25 ans révolus), **une prime cantonale de référence (PCR), inférieure à la prime moyenne cantonale (PMC)** définie par le département fédéral de l'intérieur (DFI).
- **inciter** les bénéficiaires de l'aide sociale à **opter pour des franchises à option élevées et/ou à des modèles d'assurance "alternatifs"** (réseau de santé, HMO, médecin de famille) afin de réduire le montant de leur prime d'assurance-maladie, tout en précisant que **les frais inhérents au relèvement du niveau de la franchise seront pris en charge par l'Etat.**
- En sus **d'induire une diminution du montant de la prime prise en charge par l'Etat** par le biais des subsides, cette modification légale **permettra également aux bénéficiaires de choisir parmi un plus grand nombre d'assureurs-maladie.**
- **Maintenir des exceptions/dérogations** pour une prise en charge de la prime avec la franchise minimale, à concurrence de la PMC (bénéficiaires avec frais de maladie élevés notamment)



2. Chiffres clés

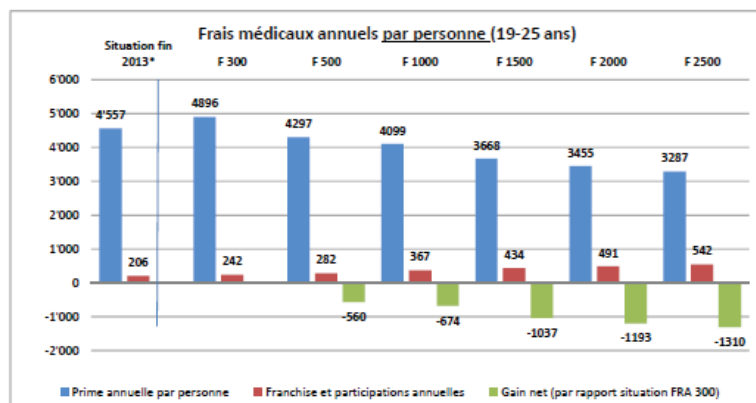
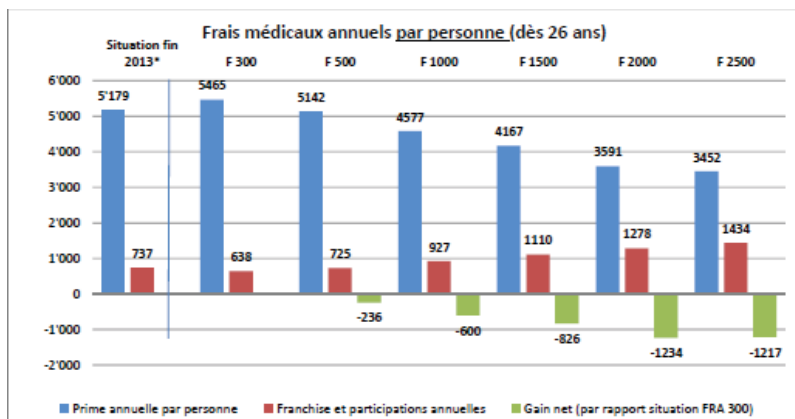
Détail 19-25 ans

Type de franchise	Nb. De pers.	% 2013	% 2014
300	1399	85.4%	90.5%
500	99	6.0%	4.7%
1000	26	1.6%	1.0%
1500	40	2.4%	2.0%
2000	7	0.4%	0.0%
2500	68	4.1%	2.0%
Total	1'639	100%	100%

Détail +26 ans

Type de franchise	Nb. De pers.	% 2013	% 2014
300	8'922	82.7%	90.0%
500	1111	10.3%	6.6%
1000	118	1.1%	0.6%
1500	233	2.2%	1.0%
2000	53	0.5%	0.3%
2500	351	3.3%	1.6%
Total	10'788	100%	100%





Frais médicaux des personnes seules avec 12 mois d'aide (2013 et 2014)

Proportion des personnes seules de 26 ans et plus

Frais médicaux	2013	2014
0 francs	29%	29%
1-500 francs	13%	16%
500 à 1000 francs	4%	4%
1000 à 1500 francs	3%	3%
1500 à 2000 francs	3%	3%
2000 à 2500 francs	3%	3%
2500 à 3200 francs	3%	3%
Plus de 3200 francs	41%	38%
Total général	100%	100%



29% des bénéficiaires adultes n'ont pas de frais médicaux

Proportion des personnes seules de 18 à 25 ans

Frais médicaux	2013	2014
0 francs	52%	49%
1-500 francs	20%	20%
500 à 1000 francs	5%	4%
1000 à 1500 francs	5%	4%
1500 à 2000 francs	3%	2%
2000 à 2500 francs	2%	2%
2500 à 3200 francs	1%	1%
Plus de 3200 francs	12%	16%
Total général	100%	100%



49% des jeunes adultes n'ont pas de frais médicaux

Pour ces personnes, passer à une prime \leq PCR représente une "économie nette" (pas de frais médicaux => pas de paiement aide sociale)



Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé

27.05.2015 - Page 7

Nouveaux dossiers - Proportion par montant des franchises (2013 et 2014)

Adultes demandeurs (hors réouvertures)

Franchise	2013	2014
300	49%	47%
500	24%	23%
1000	3%	4%
1500	8%	7%
2000	2%	2%
2500	13%	18%
Total général	100%	100%

53% des bénéficiaires adultes arrivent à l'HG avec une franchise > 300 F

Jeunes adultes de 18-25 ans demandeurs (hors réouvertures)

Franchise	2013	2014
300	71%	75%
500	13%	9%
1000	3%	1%
1500	3%	5%
2000	1%	1%
2500	9%	8%
Total général	100%	100%

25% des jeunes adultes arrivent à l'HG avec une franchise > 300 F



Département de la solidarité et de l'emploi
Direction générale de l'action sociale

27.05.2015 - Page 8

Nouveaux dossiers - Proportion par type d'assurance (2013-2014)

Adultes et jeunes adultes compris		
Type de contrat d'assurance	2013	2014
Autres Réseaux de santé	11%	11%
HMO	17%	16%
Médecin famille/Telmed/Autres	21%	21%
Standard / pas de réseau	51%	51%
Total général	100%	100%



Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé
Direction générale de l'action sociale

27.05.2015 - Page 9

3. Tableaux des niveaux de primes

ADULTES
Prime moyenne cantonale 499.65 CHF
ASSURANCE DE BASE - AVEC ACCIDENT
Franchises annuelles

CAISSE	300 CHF	500 CHF	1'000 CHF	1'500 CHF	2'000 CHF	2'500 CHF
AGRISANO	558.00	546.30	517.20	486.00	458.80	429.70
AMB	595.00	583.40	554.20	525.00	495.90	466.70
AQUILANA	527.70	516.10	486.90	457.80	428.60	399.40
ARCOSANA	543.00	531.40	502.20	473.00	443.90	414.70
ASLURA*	327.00	286.00	256.80	227.60	198.50	169.30
ATUPRI	518.00	506.40	477.20	448.00	418.90	389.70
AVANEX	529.00	517.40	488.20	459.00	429.90	400.70
AVENIR	521.00	509.40	480.20	451.00	421.90	392.70
COMPACT*	480.00	470.40	439.20	410.00	380.90	351.70
CONCORDIA	598.60	527.00	497.80	468.60	439.50	410.30
CPT/CP	529.00	517.40	488.20	459.00	429.90	400.70
CSS ASSURANCE	532.00	520.40	491.20	462.00	432.90	403.70
EASY SANIA	513.00	501.40	472.20	443.00	413.90	384.70
EGK	602.30	590.60	561.50	532.30	503.10	474.00
GALENOS	539.00	527.40	498.20	469.00	439.90	410.70
HELISANA	530.00	518.40	489.20	460.00	430.90	401.70
INDOVO*	575.00	563.40	534.20	505.00	475.90	446.70
INGENBORIL***	595.00					
INTRAS*	528.00	516.40	487.20	458.00	428.90	399.70
KLUG**	512.00	500.40	471.10	442.00	412.90	383.60
KOLPING	712.60	701.00	671.80	642.60	613.50	584.30
MAXI.CH*	549.00	537.40	508.20	479.00		
MOOVE SYMPANY	552.00	540.40	511.20	482.00	452.90	423.70
MUTUEL ASSURANCE	512.00	500.40	471.20	442.00	412.90	383.70
OK LANDOUART	520.00	508.40	479.20	450.00	420.90	391.70
PHILOS	550.00	538.40	509.20	480.00	450.90	421.70
PROGRES	554.00	542.40	513.20	484.00	454.90	425.70
PROVITA	609.90	598.30	569.10	539.90	510.80	481.60
RHENUSANA	530.00	518.40	489.20	460.00	430.90	401.70
SANAZA*	568.70	557.00	527.90	498.70	469.50	440.40
SANAGATE*	495.00	491.00	455.20	426.00	396.90	367.70
SANITAS	538.90	518.70	487.50	458.30	429.10	400.00
SANSAN	611.00	599.40	570.20	541.00	511.90	482.70
SUPRA*	481.00	449.40	420.20	391.00	361.90	332.70
SWICA	551.90	540.30	511.10	481.90	452.80	423.60
SVISANA	562.20	550.50	521.40	492.20	463.00	433.90
VITA SURSELVA	533.00	522.40	493.20	464.00	434.90	405.70
VINCARE	546.00	534.30	505.20	476.00	446.90	417.70
VINAO SYMPANY	628.00	616.40	587.20	558.00	528.90	499.70
WINCARE	687.50	675.90	646.70	617.50	588.40	559.20

Modèle "assurance de base" avec accident:

Seules 4 caisses en-dessous de la
PMC de 499.65 F (franchise 300 F)

Avec une PCR à 400.70 F et une
franchise libre, le nombre de
caisses admises serait de 15,
avec un choix de franchise
allant de 300 F à 2'500 F

Département de la solidarité et de l'emploi
Direction générale de l'action sociale

27.05.2015 - Page 10

RESEAU DE SANTE - MEDECIN DE FAMILLE - HMO - AVEC ACCIDENT - Franchises annuelles

CAISSE	MODELE D'ASSURANCE	300 F	500 F	1000 F	1500 F	2000 F	2500 F
Antosana Luzern	Calimed Telefonmodell	359.30	377.10	347.90	318.70	389.60	360.40
ASSURIA Pully	Médecin de famille	365.84	394.20	325.00	305.80	326.70	337.50
ASSURIA Pully	PharMed	357.90	346.30	317.10	287.90	258.80	229.60
Atupri Bern	HMO	414.40	402.80	373.60	344.40	315.30	286.10
Atupri Bern	TelFirst	466.20	454.60	425.40	396.20	367.10	338.00
Avaras Zurich	BeneFit	476.10	465.60	439.30	409.00	429.90	400.70
Avaras Zurich	BeneFit PLUS - 12%	465.50	455.30	429.60	403.90	378.50	352.60
Avaras Zurich	BeneFit PLUS - 17%	439.00	429.40	405.20	380.00	356.80	332.50
Avaras Zurich	BeneFit PLUS Teimed	449.60	439.70	414.90	390.40	365.40	340.50
Avaras Zurich	Premod 24	486.60	476.00	449.10	422.20	395.50	368.60
Avonir Marigny	PrimaCare	463.70	452.10	423.00	393.70	373.70	353.70
Avonir Marigny	Réseau de Soins	395.00	384.40	355.20	330.00	310.00	297.00
Avonir Marigny	SanaTul	442.90	333.30	402.10	372.90	352.90	332.90
Compact Zurich	Compact One	408.00	398.40	367.20	338.00	308.90	279.70
CONCORDIA Luzern	HMO Doc	471.30	459.70	430.50	401.30	372.20	343.00
CONCORDIA Luzern	HMO Tarif 1	428.70	416.60	387.40	358.20	329.10	299.90
CPT/KPT Bern	KPTern.doc	449.70	439.90	415.10	390.30	340.70	340.70
CPT/KPT Bern	KPTern.wah	502.70	491.60	463.90	436.20	390.80	360.80
CSS Luzern	Calimed Telefonmodell	424.70	415.30	405.10	376.90	347.80	318.60
CSS Luzern	Réseau Delta Genève	425.60	414.00	384.80	355.60	326.50	297.30
CSS Luzern	Réseau Delta Vaud	425.60	414.00	384.80	355.60	326.50	297.30
CSS Luzern	Profit Médecin de famille	478.80	467.20	438.00	408.80	379.70	350.50
Easy Sana Marigny	PrimaCare	456.60	445.00	415.80	386.60	366.60	346.60
Easy Sana Marigny	Réseau de Soins	436.10	424.60	395.30	366.10	346.10	326.10
Easy Sana Marigny	SanaTul	436.10	424.50	395.30	366.10	346.10	326.10
EGK Laufen	EGK Care	576.00	564.20	535.50	505.80	476.70	447.70
EGK Laufen	TelCare-EGK	381.90	470.20	441.00	411.80	382.70	353.60
EGK Laufen	TelMed-EGK	590.30	578.60	549.40	520.30	491.10	461.90
GALENOS Zurich	MIVICA-OPTIMA	467.00	452.40	423.20	394.00	364.90	335.70
Helsana Zurich	BeneFit	450.00	440.60	415.80	400.00	430.00	401.70
Helsana Zurich	BeneFit PLUS - 15%	450.00	440.60	415.80	391.00	366.20	341.40
Helsana Zurich	BeneFit PLUS - 20%	424.00	414.70	391.30	368.00	344.70	321.30
Helsana Zurich	BeneFit PLUS Teimed	434.60	425.00	401.10	377.20	353.30	329.30
Helsana Zurich	Médecin de famille 15% (HAV)	450.50	440.60	415.80	399.00	366.20	341.40
Helsana Zurich	Premod 24	487.60	476.90	450.00	423.20	396.40	369.50
Intras Luzern	Calimed Telefonmodell	475.20	463.60	434.40	405.20	376.10	346.90
Intras Luzern	FirstCall Telefonmodell	475.20	463.60	434.40	405.20	376.10	346.90
Intras Luzern	HMI Médécin de famille	426.30	484.70	455.50	426.30	397.20	368.00
Köping Döbendorf	HMO	620.00	608.30	579.20	550.00	520.80	491.70
Köping Döbendorf	Med4ep24	598.60	587.00	557.80	528.60	499.50	470.30
Maxi.ch Zurich	Maxi.zero - 15%	466.60	456.70	431.90	407.10		
Maxi.ch Zurich	Maxi.zero - 20%	439.20	429.90	406.50	383.20		
Maxi.ch Zurich	Maxi.zero Teimed 20%	450.10	440.60	416.70	392.70		
Movvo Sympary Basel	Calimed 24	383.00	471.40	442.20	413.00	383.90	354.70

Modèle "Réseau de santé -Médecin de famille - HMO" avec accident:

40 modèles proposant une prime en-dessous de la PMC (franchise de 300 F)

Avec une PCR à 400.70 F et une franchise libre, le nombre de caisses admises est presque identique (39) mais la prime choisie serait beaucoup plus économique (ex.: Helsana Médecin de famille 341.40 avec franchise 2'500 F contre 450.50 avec franchise 300 F)

4. Situation vaudoise

Loi d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LVLAMal), du 25 juin 1996

Art. 17

Prime cantonale de référence et part de prime restant à la charge de l'ayant droit

³ Le Conseil d'Etat limite le subside à un montant maximum correspondant à une prime cantonale de référence, indépendante de la prime exigée par l'assureur. Il fixe le montant de la prime de référence par voie d'arrêté, notamment après comparaison des primes facturées dans le canton et de celles présumées pour l'année suivante.

⁴ La différence entre le subside déterminé et la prime effective facturée par l'assureur est à la charge de l'assuré.

Primes vaudoises (base 2015)

Adultes	Région 1	Région 2
PMC	459.-	433.-
PCR*	380.-	350.-

➔ PCR < PMC (de 21% à 24%)

Jeunes adultes	Région 1	Région 2
PMC	437.-	410.-
PCR*	350.-	320.-

➔ PCR < PMC (de 25% à 28%)

Enfants	Région 1	Région 2
PMC	107.-	100.-
PCR*	110.-	100.-

* Arrêté concernant les subsides aux primes de l'assurance-maladie obligatoire en 2015, du 24 septembre 2014



Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé
Direction générale de l'action sociale

27.05.2015 - Page 13



Retour sur l'action adaptation de la couverture LAMal des bénéficiaires du RI au 1.1.2014 et perspectives 2015

► Contexte de cette action

1) Diminution en 2014 des subsides RI de CHF 30.- par mois

Adultes R1 410.- -> 380.- R2 380.- -> 350.-
Jeunes adultes R1 380.- -> 350.- R2 350.- -> 320.-

2) Incitation à prendre une franchise de 2'000.- au minimum pour les personnes en bonne santé.

3) Pour celles ayant eu des frais de santé > 1'200.- dans les 12 ou 24 mois précédents, déplafonnement du subside afin de conserver une franchise basse.



Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé
Direction générale de l'action sociale

27.05.2015 - Page 14



Retour sur l'action d'adaptation de la couverture LAMal des bénéficiaires du RI au 1.1.2014 et perspectives 2015

► Chiffres-clé de cette action

Courrier adressé mi-octobre à 8'491 bénéficiaires du RI, 343 personnes suivies par le CSIR et 150 par la Fondation vaudoise de probation.

Sur la base d'une liste du SPAS ou sur demande des CSR, dé plafonnement du subsidé (adulte en R1 au maximum 445.-) pour 1'248 bénéficiaires du RI avec des frais de santé importants afin qu'ils conservent une franchise basse.



Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé
Direction générale de l'action sociale

27.05.2015 - Page 15



DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ
ET DE L'ACTION SOCIALE



**COMMENT PAYER
MOINS CHER VOTRE PRIME
D'ASSURANCE-MALADIE?**

PRIMES D'ASSURANCE-MALADIE 2015

Dépliant adressé à chaque bénéficiaire du revenu d'insertion (RI) pour l'inciter à modifier son contrat d'assurance (franchise plus élevée / modèle d'assurance HMO-réseau de soins-médecin de famille) afin que le subsidé octroyé (correspondant à la PCR) couvre la prime effective



Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé
Direction générale de l'action sociale

27.05.2015 - Page 16

5. Participation aux frais médicaux (franchise et quotes-parts): variantes réglementaires

a) Prise en charge intégrale (cf. modèle vaudois):

Pour les bénéficiaires qui sortent de l'aide sociale, la franchise et la quote-part sont payées jusqu'au terme légal le plus proche leur permettant de choisir une franchise moins élevée.

b) Prise en charge selon cas de rigueur (appréciation des cas selon l'HG):

Pour les bénéficiaires qui sortent de l'aide sociale, et lorsque le paiement des frais de maladie mettrait l'ancien bénéficiaire dans une situation financière particulièrement difficile, sa franchise et sa quote-part peuvent, à titre exceptionnel, être prises en charge jusqu'au terme légal le plus proche lui permettant de disposer d'une couverture d'assurance avec une franchise moins élevée.

c) Prise en charge selon le % que représentent les frais médicaux (franchise et quotes-parts) sur le revenu annuel:

Pour les bénéficiaires qui sortent de l'aide sociale, la franchise et la quote-part peuvent être pris en charge dès que ces frais représentent plus de 8% de son revenu annuel, jusqu'au terme légal le plus proche lui permettant de choisir une franchise moins élevée.



6. Synthèse

- Modification légale qui ne préterite pas la situation financière d'un bénéficiaire de l'aide sociale (rappel: franchise et quotes-parts prises en charge par l'aide sociale);
- Augmentation du nombre d'assureurs-maladie à choix pour les bénéficiaires de l'aide sociale, quel que soit le modèle d'assurance retenu (assurance de base ou HMO-Réseau de soins-Médecin de famille);
- Economie pour l'Etat, notamment pour les personnes n'ayant aucun frais médicaux (29% adultes et 49-52% jeunes adultes – base 2013 et 2014), puisque les primes à prendre en charge seront inférieures à celles prévalant actuellement (PCR < PMC). Estimation entre 1.3 et 3 millions de francs.





Prime cantonale de référence (PCR)

PL 11646

Commission des affaires sociales du 2 juin 2015



Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé
Direction générale de l'action sociale

03.06.2015 - Page 1

Données chiffrées complémentaires

Sur les 3'535 nouveaux dossiers incluant 5'550 personnes entrées à l'aide sociale en 2014, il ressort :

Type de personne	Nombre Personnes	Prime moyenne
Adultes	3392	fr. 393.74
JAD 18-25 ans	875	fr. 339.40
Enfant	1283	fr. 97.48
Total général	5550	fr. 316.68

La prime moyenne effective des nouveaux bénéficiaires est d'ores et déjà inférieure à la PCR telle qu'envisagée
(F 400.70 adultes et F 368.40 jeunes adultes)

Adultes

Prime	Nombre de personnes
< 400	1835
>= 400	1557
Total général	3392

La majorité des adultes (54%) et des jeunes adultes (52%) arrivent avec une prime effective inférieure à la PCR telle qu'envisagée

JAD 18-25 ans

Prime	Nombre de personnes
<368	451
>368	424
Total général	875



Département de la solidarité et de l'emploi
Direction générale de l'action sociale

03.06.2015 - Page 2

Données chiffrées complémentaires

Selon les statistiques de l'office fédéral de la santé publique (OFSP), le montant de la prime moyenne effective des 308'576 assurés adultes genevois (toutes formes d'assurance et de franchises confondues) était de F 384.70 / mois en 2013

5) Primes des caisses-maladie pour adultes dès 26 ans		
Prime moyenne par assuré par an en francs		
toutes les formes d'assurances et franchises	4'616 frs	4'616 frs
Franchises annuelles ordinaire	5'215 frs	5'215 frs
Franchises annuelles 1500 francs	4'016 frs	4'016 frs
Franchises annuelles 2500 francs	3'240 frs	3'240 frs



Si l'on applique l'indexation telle que constatée au niveau de la PMC entre 2014 et 2015, on obtiendrait une prime moyenne effective de F 408.90 en 2015, soit une valeur très proche de la PCR telle qu'envisagée dans le PL (base indexation: + 2.8% en 2014 et + 3.4% en 2015)

Références:

http://www.bag.admin.ch/kmt/index.html?webgrab_path=aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWUuLnNoL211di9rb3NOZW5tb25pdG9yaW5nX2xpdUva21fZnlucGhwP25hdj1rdHUyJmFtdDttb2Q9MCZhbXA7aWQxPTAmYW1wO2tkMj0yNQ%3D%3D&lang=fr
http://www.bag-anw.admin.ch/kuv/kostenmonitoring_live/bestand_fr.php?webgrab=ignore



Département de la solidarité et de l'emploi
Direction générale de l'action sociale

03.06.2015 - Page 3

Calcul du droit (barème d'entrée/sortie)

Pour les personnes qui n'ont pas de revenus, la modification du barème n'a pas d'impact.

La prime d'assurance-maladie effective étant couverte par un subside (à concurrence de la PMC, respectivement de la PCR), les personnes ne "touchent" pas d'argent dans ce cadre.

	Personne seule		Couple		3 personnes (couple + 1 enfant mineur)		4 personnes (couple + 2 enfants mineurs)		5 personnes (couple + 3 enfants mineurs)	
	PMC	PCR	PMC	PCR	PMC	PCR	PMC	PCR	PMC	PCR
Entretien	977	977	1'495	1'495	1'818	1'818	2'090	2'090	2'364	2'364
Loyer	1'100	1'100	1'300	1'300	1'500	1'500	1'650	1'650	1'800	1'800
Assurance-Maladie	500	400	1'000	800	1'100	900	1'200	1'000	1'300	1'100
Montant du droit avec assurance-maladie	2'577	2'477	3'795	3'595	4'418	4'218	4'940	4'740	5'464	5'264
Montant du droit sans assurance-maladie	2'077		2'795		3'318		3'740		4'164	
Allocations familiales					-200	-200	-400	-400	-600	-600
Montant d'aide sociale alloué					3'118		3'340		3'564	



Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé
Direction générale de l'action sociale

03.06.2015 - Page 4

Calcul du droit (barème d'entrée/sortie)

Pour les personnes qui ont des revenus à la limite de l'aide sociale, la modification du barème peut avoir un impact sur leur éligibilité + sur les montants perçus

	Cas 1		Cas 2	
	Personne seule		Personne seule	
	PMC	PCR	PMC	PCR
Entretien	977	977	977	977
Loyer	1'100	1'100	1'100	1'100
Assurance-Maladie	500	400	500	400
Frais liés à l'activité *	-100	-100	-100	-100
Montant du droit / seuil d'éligibilité	2'477	2'377	2'477	2'377
Revenus du travail (activité inférieure à 60%)	2'400	2'400	2'300	2'300
Excédent de charges / ressources	-77	23	-177	-77
	éligible	non éligible	éligible	éligible

* prestation circonstancielle entrant dans le calcul du droit et qui vient en déduction des revenus

Situation vaudoise

Loi d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LVLAMal), du 25 juin 1996

Art. 18 Catégories particulières de subsides

¹ Les primes des personnes suivantes sont subsidiées jusqu'à concurrence de la prime cantonale de référence prévue à l'article 17:

a. les bénéficiaires du RI, sous réserve des cas limités au remboursement d'aides ponctuelles;

³ Le règlement fixe les modalités relatives au subside intégral des primes visées par les alinéas premier et deuxième qui en deviennent bénéficiaires en cours d'année.

Règlement d'application concernant la loi du 25 juin 1996 d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (RLVLAMal), du 18 septembre 1996

Art. 23a Subside intégral octroyé en cours d'année (art. 18 loi)

¹ Conformément à l'art. 18, al. 3, de la loi, le subside octroyé en cours d'année peut exceptionnellement couvrir la prime effective facturée par l'assureur, et ce, au plus tard jusqu'au prochain terme de résiliation de l'assurance au sens de la LAMal.

² Passé ce délai, le subside est limité à la prime cantonale de référence prévue par l'article 17 de la loi.

Synthèse

- L'introduction d'une PCR impacterait **uniquement les personnes qui ont un revenu** et sont à la limite de l'aide sociale

- Cela étant, il est constaté que:
 - la prime moyenne effective des nouveaux bénéficiaires en 2014 est inférieure à la PCR;
 - la majorité des nouveaux bénéficiaires arrivés à l'aide sociale en 2014 avaient déjà une prime effective inférieure à la PCR;
 - la prime moyenne effective des assurés genevois est très proche de la PCR telle qu'envisagée (dès lors s'applique un principe d'équité, égalitaire et raisonnable)

- En outre, le PL prévoit à l'art. 21A, al. 4, let. b, des exceptions temporaires pour les nouvelles personnes qui auraient une prime d'assurance-maladie dépassant la PCR (respectivement la PMC pour les cas concernés par les
 - b) les exceptions temporaires pour les nouvelles personnes présentant une demande d'aide sociale et dont la prime d'assurance-maladie obligatoire des soins dépasse la prime cantonale de référence au sens de l'alinéa 1, respectivement la prime moyenne cantonale mentionnée à la lettre a.

Date de dépôt : 25 septembre 2015

RAPPORT DE LA MINORITÉ

Rapport de M^{me} Jocelyne Haller

Mesdames et
Messieurs les députés,

« Quand il s'agit de taper sur les ...caisses maladie... tout le monde se réconcilie », sur l'air de la chanson « Gare au gorille ».

Initialement, ce projet loi, présenté comme une mesure d'économie qui ne porterait aucun préjudice aux bénéficiaires de l'aide sociale, a rencontré de tous bords un accueil favorable.

En effet, payer des cotisations plus basses aux caisses maladie, en optant pour des modèles d'assurance alternatifs ou des franchises élevées avec un système permettant la couverture des coûts de franchises y relatifs, et d'éventuelles dérogations pour en supprimer les effets indésirables, ne pouvait que rallier tous ceux qui dénoncent l'inflation des cotisations d'assurance maladie. Enfin ! Semblait-il, une économie budgétaire qui n'aurait pas d'impact négatif sur les prestations dues aux usagers.

Ainsi, tout le monde était prêt à se réconcilier si seules les caisses maladie avaient à pâtir de cette modification de la loi en « engrangeant » moins de cotisations.

Or, il est apparu que tel n'était pas le cas. Non seulement ce projet de loi risquait d'augmenter de façon non négligeable la charge administrative des professionnels pour modifier à plusieurs reprises les conditions des contrats d'assurance, mais il entraînait de surcroît – en agissant sur le seuil de sortie – la fin de l'aide sociale d'un certain nombre de personnes ; et cela pour de mauvaises raisons.

Enfin, il faut relever que si au cours des travaux de la commission quelques inquiétudes sont apparues sur l'interprétation de l'article 60, alinéa 13, lettres a et b, elles ont été formellement dissipées par la voix du secrétaire général du DEAS. Il a clairement assuré qu'il fallait comprendre de la formulation en question que les dérogations prévues à l'article 21A, alinéa 4, lettres a et b, continueraient à s'appliquer au-delà de la 3^e année

suivant l'entrée en vigueur de la présente modification de la loi. Ce qui, à terme, éloigne le risque d'un effet négatif sur le seuil d'entrée.

Une offensive par frappes, plus ou moins, chirurgicales

Pourquoi un rapport de minorité, diront certains, pour une modeste baisse des seuils de l'aide sociale ? D'autant plus si celle-ci repose sur l'intention de baisser les charges des usagers et d'en minimiser les conséquences financières grâce à la possibilité de dérogations temporaires. Ceci aussi bien jusqu'à ce que le délai d'inertie empêchant la modification du contrat s'éteigne que par la prise en charge par l'Etat des frais de franchises plus importants. Notamment, après la fin de la prise en charge jusqu'à ce que les personnes puissent rétablir une franchise à 300 F.

D'une part, car il apparaît que ce projet de loi n'est pas sans préjudice pour certaines catégories de personnes. D'autre part, car il impacte clairement le montant du minimum vital dans le canton de Genève.

Ces deux motifs constituent en eux-mêmes des motifs suffisants pour amender ce projet de loi. Il importe plus globalement de parer à cette entreprise qui, se gardant bien de se présenter comme telle, s'inscrit dans un processus de laminage des prestations sociales. Celle-là, par vagues successives, petites ponctions après petites ponctions, abaisse les minima sociaux dévolus aux plus démunis et aux plus modestes de ce canton. Ceci, qu'il s'agisse aussi bien de l'aide sociale que des prestations complémentaires. Ainsi en va-t-il des deux lois sur les prestations complémentaires AVS/AI faisant l'objet d'un référendum ou de la diminution du supplément d'intégration, ou encore des toutes récentes et déplorables annonces de la baisse des normes de la Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS).

Ces attaques ciblent les plus précaires. Elles font peser sur leur épaules le poids d'une politique fiscale, passée et à venir, partisane et irresponsable, qui fait payer aux pauvres les cadeaux qui sont faits aux riches.

Ainsi, alors que le contexte économique et social se péjore encore, que les « faibles » et les « précaires » de notre canton auraient besoin d'une protection accrue, c'est l'inverse qui s'applique. La protection sociale s'affaiblit, la sécurité sociale régresse.

La minorité ne peut s'y résoudre. Encore moins laisser le processus en cours se parer des vertus d'une prétendue innocuité ou appeler à la résignation à une pseudo-inéluctable nécessité de diminuer les charges de l'Etat en pénalisant « les plus démunis ». Elle estime que la problématique des recettes doit être posée et que l'argent doit être recherché là où il se

trouve et non là où il fait défaut. Une imposition plus équitable des hauts revenus ou une traque efficace de la fraude fiscale devraient sans tarder être mises en œuvre.

Sortir de l'aide sociale par le haut

L'aide sociale est un instrument, parmi d'autres, de lutte contre la pauvreté et la précarité. Dès lors, en sortir sans amélioration du contexte sociétal et de la situation individuelle des personnes, sans accroissement de leurs compétences pour éviter la reproduction des problèmes qui ont conduit à une perte d'indépendance personnelle et financière, relève d'une vision politique à courte vue.

Pour parer à toute déformation de la posture de la minorité, il faut donc préciser que, contrairement à ce qui a été avancé par le conseiller d'Etat M. Poggia, l'ambition de cette dernière n'est pas de faire perdurer indûment l'aide sociale ou d'y maintenir artificiellement des personnes qui n'y auraient plus droit. Sa préoccupation consiste uniquement à éviter que la politique d'aide sociale ne s'emploie essentiellement à abaisser les seuils de l'aide sociale pour en diminuer le nombre de ses bénéficiaires plutôt que de faire en sorte que ces derniers puissent en sortir avec une situation notablement améliorée.

Seuils d'entrée, sortie, pas si techniques que cela, pas si anodins que cela

Lors des diverses séances de commissions afférentes à l'aide sociale, régulièrement certains membres ont invoqué une trop importante complexité des questions de calcul d'aide sociale pour justifier de ne pas entrer en discussion et déléguer ces problématiques au Conseil d'Etat. Or, si un calcul de prestations est complexe, il ne l'est pas moins qu'un calcul RDU, ce qu'il est aussi au demeurant, ou que des dispositions fiscales ou un exercice budgétaire. Rien en fait qui n'excède les compétences d'un député lambda.

Aussi, pour ne plus éluder ces questions, est-il opportun de montrer ici une fois encore les mécanismes qui s'appliquent en matière de seuils d'entrée et de sortie.

S'il fallait résumer la manière dont s'effectue un calcul d'aide sociale, rappelons qu'il s'agit de faire la comparaison entre un total de charges (selon les maxima admis) et la somme des recettes afin de déterminer, si une personne, ou un groupe familial, voit la différence entre ces deux montants justifier une intervention financière. L'aide sociale comblant, le cas échéant, la différence, et allouant, si la situation le justifie, des prestations circonstanciées.

Ainsi, en prenant l'exemple, simple, d'une unité d'une personne travaillant, faute de mieux, à 45%, le calcul s'opère comme suit :

	avec PMC	avec PCR
Forfait de base pour une personne	977.00 F	977.00 F
Loyer maximum pour 1 pers.	1100.00 F	1100.00 F
Cotisation LAMal	500.00 F	400.00 F
	-----	-----
Total charge	2577.00 F	2477.00 F
Salaire net	2250,65 F	2250,65 F
Allocation logement	233,35 F	233,35 F
	-----	-----
Total ressources	2484,00 F	2484,00 F
Différence	- 93,00 F	+ 7,00F

**(Précision : à ce stade, le supplément d'intégration n'intervient pas. Ce n'est qu'une fois le seuil d'entrée franchi qu'un contrat d'aide sociale individuel, un CASI, est mis en place)*

On le constate donc, agir sur les charges peut ouvrir, ou pas, le droit à des prestations. Ce qui provoque non seulement la perte du modeste complément de ressources induit, mais plus encore la perte du droit à des prestations circonstanciées, dont l'absence pourrait gravement obérer la situation des ayants-droit.

Or, sortir du dispositif avec des ressources qui jouxtent le minimum vital, sans marge substantielle permettant de faire face aux dépenses imprévues, demeure une situation particulièrement précaire, qui peut à tout moment basculer dans « l'indigence ». Ce qui par essence est l'inverse du but recherché par toute politique sociale cohérente et prospective.

Dans un premier temps, après avoir réalisé que les caisses d'assurance-maladie ne seraient pas les seules à être affectées par les effets de ce projet de loi, des membres de la commission ont perçu que des usagers risquaient de sortir de l'aide sociale en raison de l'abaissement du seuil de sortie d'un montant de 100 F par adulte présent dans le dossier. Ce qui peut signifier 200F pour un couple, ou 300 à 400F ou plus en cas de cohabitation avec des jeunes adultes. Une différence de seuil qui prend par conséquent une toute

autre ampleur et prérèté gravement des personnes d'ores et déjà en difficulté.

Selon les indications du département, le risque serait négligeable. D'après les évaluations demandées à l'Hospice Général, seules environ 45 personnes seraient affectées par le mécanisme en question.

Or, il faut relever que ne sont pas inclus dans cette hypothèse les bénéficiaires de prestations d'aide sociale versées par le Service des prestations complémentaires AVS/AI ou par le Service des prestations complémentaires familiales. Ce qui relativise ce prétendu impact minimal. Quand bien même, une seule occurrence serait déjà de trop et mériterait une correction de l'effet préjudiciable.

Il n'est pas inutile, à ce stade, de jeter un coup d'œil du côté du canton de Vaud. D'autant que c'est un exercice dont certains sont en général friand et qu'en l'occurrence le DEAS n'a cessé de nous dire que Vaud applique, sans dommage particulier, le système de la PCR.

Le département a cependant omis de nous dire ce que M. P.Y Maillard souligne à ce propos. A savoir que dans son canton un subside à l'assurance-maladie, particulier, plus élevé de 100 F, pour les personnes retournant en emploi, a été introduit pour compenser l'impact de la PCR sur le seuil à la sortie.

Ce qui conforte la minorité dans son évaluation des dommages que pourrait introduire le projet de loi 11646. Elle estime à ce sujet qu'une autre manière d'éviter ce préjudice serait une pratique conforme à la volonté exprimée par le législateur, lors du vote de la LIASI le 11 février 2011, en matière de franchise sur le revenu. Dans l'attente d'une autre alternative, elle amendera ce projet de loi.

Lourdeurs administratives et absurdités

Un autre élément du projet de loi, particulièrement discutable, mérite d'être mis en évidence. Il s'agit de la charge administrative qu'il génère. Elle est au moins de trois ordres. Le premier suppose que les personnes entrant à l'aide sociale fassent d'emblée les démarches pour instaurer une franchise à 2 500F – qui ne s'appliquera que dès le 1^{er} janvier de l'année suivante – et qu'elles fassent la démarche inverse au moment d'en sortir – avec le même délai d'inertie jusqu'à la fin de l'année en cours. La minorité a particulièrement insisté sur la nécessité non seulement d'informer les usagers de ces éléments, mais plus encore de les accompagner dans ces démarches pour s'assurer que les changements de modalités d'assurance soient assurément effectués

A cet égard, malgré les réserves de la minorité à propos de ce projet de loi, il faut saluer la volonté affirmée du département de prendre en charge les coûts induits par les délais d'inertie des caisses maladie. Celles-ci ne permettant pas de mutations des contrats en cours d'année, l'aide sociale prendra en charge les coûts élevés de cotisations ou de franchises qui perdureront durant toute l'année en cours. Cela même, pour ce qui relève des frais de franchises après la sortie de l'aide sociale, si la situation des personnes reste particulièrement précaire.

Le second appelle les travailleurs sociaux à évaluer, à l'orée de l'intervention, si une dérogation doit être appliquée. Ceci, en réalité en fonction d'une estimation autant subjective des besoins en matière de santé que de la difficulté d'anticiper sur des soins ou des cures à venir. Sachant que ceux-ci peuvent varier et que le principe de l'assurance-maladie consiste précisément à se prémunir contre des risques et non seulement des problèmes de santé avérés. Ce qui suppose une estimation particulièrement complexe.

Plus compliqué encore, si comme cela nous a été présenté, c'est un collaborateur du département qui décidera d'une éventuelle dérogation. Cela produira des indications, des évaluations à fournir, des formulaires à remplir. C'est-à-dire une charge administrative supplémentaire pour ceux qui coulent déjà sous une pléthore de procédures administratives complexes et/ou superflues.

Par ailleurs, il faut noter que la dérogation pourrait s'appliquer à certains membres d'une unité familiale et pas à d'autres. Cette disparité augmentera la complexité la gestion des dossiers.

Enfin, il faut remarquer que le maintien, par voie de dérogation, de la PCM, permettrait à certaines situations de rester à l'aide sociale alors que l'application de la PCR les en aurait exclu. Ce qui introduirait une inégalité de traitement inacceptable entre bénéficiaires.

Reste en troisième rang, un aspect particulièrement ridicule auquel la minorité ne peut également souscrire. Il s'agit du mécanisme absurde qui voudrait qu'une personne sortant de l'aide sociale, avec des ressources la situant aux confins des barèmes de sortie dans une marge de 100 F par adulte, pourrait devoir réintégrer celle-ci à brève échéance. Non pas en raison d'un aléa de sa vie, mais d'une aberration administrative.

En effet, en raison de la modicité de ses revenus, elle devrait, comme prévu, reprendre une franchise à 300 F. Ce qui, coûtant plus cher, la mettrait au régime de la prime moyenne cantonale (PMC) et la ferait à nouveau rentrer dans les barèmes LIASI. Or, là, il lui serait demandé d'opter à

nouveau pour une francise à 2500 F, ce qui, à terme, la ferait ressortir de l'aide sociale, pour... y revenir ensuite !

Prendre la bonne idée, en repousser les effets indésirables

Pour conclure, il est apparu aux yeux de la minorité que ce projet de loi, intéressant à certains égards, devait être amendé pour en supprimer les préjudices qu'il pourrait causer. Elle estime en outre qu'il devait être intégré dans une réflexion globale sur les manières de diminuer le recours à l'aide sociale. Non pas en abaissant toujours plus les seuils ouvrant l'accès aux prestations, mais en œuvrant de telles sortes que les personnes n'aient plus besoin d'y avoir recours.

Ce qui ne peut se concevoir sans réelle politique de création d'emplois, sans une réflexion de fond et un changement de pratiques en matière de réinsertion et enfin sans une intervention volontariste et efficace contre la sous-enchère salariale.

Dans cette attente, pour éviter les effets dommageables de ce projet de loi, autant l'abaissement du seuil de sortie que « l'effet spirale » démontré plus haut, la minorité présente l'amendement ci-dessous.

Ce dernier entend faire en sorte que les personnes, dont la différence entre le total de leurs charges et le total de leurs ressources les situent dans une marge égale ou inférieure à la différence entre la PCR et la PMC, demeurent à l'aide sociale. Ainsi, les seuils de sortie ne seraient pas artificiellement réduits et l'effet de spirale serait rompu.

Initialement, la minorité a formulé un amendement allant en ce sens, ajoutant une lettre c à l'article 21A, alinéa 4. Ce dernier a été opposé à une contreproposition du département qui limitait cette exception aux personnes à l'aide sociale répondant à cette condition exclusivement au moment de l'entrée en vigueur de la modification de la loi.

Cette limitation ne supprimant pas durablement le préjudice induit, la minorité a refusé cet amendement. Cependant, dans la mesure où celui-ci est mieux formulé, la rapporteuse le reprend au nom de la minorité en l'épurant de sa délimitation dans le temps. Elle le situe à l'article 21A, alinéa 4, de sorte que cette disposition relève de la loi et non pas seulement d'un règlement d'application qui n'en assurerait pas la pérennité.

C'est ainsi qu'elle vous invite, Mesdames, Messieurs les députés, à accepter l'amendement ci-dessous, qui permettra de bénéficier des avantages présentés par le projet de loi 11646 et d'en rejeter l'essentiel des inconvénients.

Article 21A, alinéa 4

« Pour les personnes qui sont au bénéfice de l'aide sociale et qui perdraient leur droit à ces prestations en raison de la prise en compte de la prime cantonale de référence, les besoins de base au sens de l'article 21, alinéa 2, de la loi continuent à être calculés selon l'ancien droit, soit avec la prise en compte de la prime d'assurance-maladie obligatoire des soins, à concurrence de la prime moyenne cantonale fixée par le département fédéral de l'intérieur, et cela aussi longtemps qu'elles remplissent les autres conditions pour être bénéficiaires de prestations d'aide sociale ».

Article 21A, alinéa 4 devient l'alinéa 5