

Loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal)

Tableau historique

du 29 mai 1997

(Entrée en vigueur : 1^{er} janvier 1998)

J 3 05

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

Chapitre I But et champ d'application

Art. 1 But et champ d'application

¹ La présente loi régit l'application dans le canton de Genève de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (ci-après : LAMal).

² Sont soumis à la présente loi :

- a) toute personne tenue de s'assurer selon la loi fédérale ou en vertu d'un accord international; ⁽⁸⁾
- b) les assureurs pratiquant l'assurance-maladie sociale dans le canton et leurs associations;
- c) les fournisseurs de prestations pratiquant leur art dans le canton et leurs associations.

Chapitre II Autorités compétentes

Art. 2 Autorités compétentes et délégation

Sous réserve des compétences attribuées par la présente loi au Grand Conseil, l'application de la LAMal est confiée, dans le canton de Genève, au Conseil d'Etat, qui peut déléguer ses compétences au département responsable (ci-après : le département).

Art. 3 Compétences

¹ Dans le cadre de la législation fédérale, l'approbation de la planification sanitaire est attribuée au Grand Conseil.

² Relèvent de la compétence du Conseil d'Etat :

- a) l'établissement de la liste fixant les catégories d'hôpitaux et d'établissements médico-sociaux;
- b) ⁽²²⁾
- c) l'approbation ou le refus d'approbation d'une convention tarifaire;
- d) la fixation du tarif après consultation des intéressés, en cas d'absence de convention tarifaire;
- e) la fixation d'un tarif-cadre;
- f) la réduction des tarifs des hôpitaux et des établissements médico-sociaux;
- g) la fixation d'un budget global pour le financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux;
- h) le blocage des tarifs et des prix pour les traitements ambulatoires ou hospitaliers;
- i) la définition des assurés de condition économique modeste et la détermination du montant des subsides accordés à ces assurés.

Chapitre III Obligation d'assurance

Section 1 Affiliation et contrôle

Art. 4 Contrôle de l'affiliation

¹ Le service de l'assurance-maladie contrôle l'affiliation des assujettis.

² Conformément à l'article 32 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000, les autorités administratives et judiciaires ainsi que les assureurs et autres organes d'assurances sociales lui fournissent gratuitement, dans des cas particuliers et sur demande écrite et motivée, les données et pièces nécessaires à l'exécution de la LAMal et de la présente loi. Les articles 84 et 84a LAMal sont réservés. ⁽⁹⁾

³ L'employeur d'un ressortissant étranger exerçant une activité dépendante et dont l'autorisation de séjour est valable pour moins de trois mois est tenu de l'affilier lorsque l'étranger ne bénéficie pas d'une couverture d'assurance équivalant à celle prévue par la LAMal.

⁴ Les assurés et les employeurs doivent collaborer gratuitement à l'exécution de la LAMal et de la présente loi. ⁽⁹⁾

Art. 5 Exceptions

Le service de l'assurance-maladie statue sur les exceptions à l'obligation d'assurance.

Art. 6 Affiliation d'office

¹ Les personnes dont la demande d'affiliation n'a pas été déposée dans les conditions prévues aux articles 3 et 6a LAMal sont affiliées d'office. La sommation demeurée sans effet peut entraîner les sanctions prévues à l'article 92 LAMal. ⁽⁸⁾

² En cas d'affiliation d'office, la répartition des assujettis entre les divers assureurs est effectuée par le service de l'assurance-maladie selon une clé de répartition fixée par le règlement. Il est tenu compte, le cas échéant, de l'affiliation des membres de la famille.

³ L'affiliation d'office est annulée si elle se révèle injustifiée. L'assuré en supporte les frais s'il est en faute.

Section 2 Information aux assurés

Art. 7⁽⁶⁾ Information périodique

¹ Le service de l'assurance-maladie informe périodiquement toutes les personnes tenues de s'assurer en vertu de la LAMal des prestations offertes par l'assurance obligatoire des soins, des droits et obligations qui en résultent.

² Il précise les conditions à remplir pour l'octroi des subsides cantonaux destinés à la réduction des primes.

³ Il informe le Grand Conseil et les assurés sur les modifications annuelles des primes, notamment sur la base des documents officiels qu'il obtient auprès des assureurs, sur lesquels se fonde l'autorité fédérale pour approuver les tarifs des primes.

Section 3 Assureurs

Art. 8 Obligation d'information

¹ Les assureurs adressent au service de l'assurance-maladie copie de leur reconnaissance par l'office fédéral des assurances sociales et de leur autorisation de pratiquer, ainsi qu'un exemplaire de leurs statuts et règlements rédigés en français.

² Par convention, les assureurs peuvent être chargés par l'Etat de missions particulières.

Section 4 Surveillance et statistique

Art. 9 Communication des comptes

¹ En vue de la réduction des primes selon les articles 65 et suivants LAMal, les assureurs communiquent au service de l'assurance-maladie les données statistiques concernant leurs effectifs dans le canton. ⁽¹⁵⁾

² Chaque assureur doit en outre communiquer au service de l'assurance-maladie son compte d'exploitation et son bilan, sur les formules prescrites par le règlement, et lui remettre le rapport de l'organe de révision.

³ A la demande du service de l'assurance-maladie, les assureurs sont tenus de fournir tous autres renseignements utiles, y compris d'ordre statistique, sur leurs activités dans le canton.

Section 5 Primes

Art. 10 Recouvrement

¹ Les assurés sont tenus de payer régulièrement leurs primes.

² Les assureurs informent le département de toute procédure entreprise auprès de leurs assurés domiciliés en Suisse pour le recouvrement de leurs primes ou participations. ⁽⁸⁾

³ Le droit à des participations aux frais de maladie ou à des primes arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la participation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la prime était due.⁽⁹⁾

⁴ Les primes et les participations échues, ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuites sont payés par l'Etat dès la production d'un acte de défaut de biens par l'assureur.

L'article 23A, alinéa 5, de la présente loi est réservé.⁽⁹⁾

⁵ Pour autant qu'il ait fait preuve de la diligence commandée par les circonstances et qu'il n'ait pas suspendu le versement des prestations, l'assureur peut demander à l'Etat le remboursement des primes et des participations échues, ainsi que des intérêts moratoires et des frais de poursuites, sous imputation des subsides déjà versés, dès la constatation par le service de l'assurance-maladie de l'insolvabilité notoire de l'assuré. L'article 23A, alinéa 5, de la présente loi est réservé.⁽⁹⁾

⁶ Dès qu'il perçoit les primes de l'Etat, l'assureur est tenu de rémunérer directement les fournisseurs de prestations.⁽⁹⁾

⁷ Les créances irrécouvrables remboursées aux assureurs sont imputées sur le budget global des subsides fédéraux et cantonaux, au sens de l'article 66 LAMal.⁽⁹⁾

Art. 11 Action récursoire

¹ L'Etat a une action récursoire contre l'assuré à raison des primes, franchises et participations versées en application de l'article 10.

² Les décisions exécutoires de l'Etat, concernant cette action récursoire, sont assimilées aux jugements exécutoires prévus à l'article 80 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite.

Chapitre IV Fournisseurs de prestations

Art. 12 Obligation d'information

Les fournisseurs de prestations et leurs associations ont l'obligation de communiquer gratuitement au département toutes les données statistiques nécessaires à l'établissement de la planification sanitaire (art. 39 LAMal).

Art. 13 Avis à l'autorité en cas de récusation

¹ Le fournisseur de prestations qui refuse de fournir des prestations conformément à la loi fédérale (récusation) doit l'annoncer par courrier recommandé au département.

² Le département publie périodiquement dans la Feuille d'avis officielle la liste des fournisseurs de prestations qui se sont récusés. La publication est renouvelée aussi longtemps que dure la récusation.

³ La récusation déploie ses effets dès le lendemain de sa première publication, pour autant que l'assuré en ait été informé dans les formes prévues par la présente loi.

Art. 14 Avis à l'assuré

¹ Le fournisseur de prestations qui s'est récusé doit, aussitôt que sa récusation déploie ses effets, en aviser par écrit les assurés qui recourent à ses services.

² L'avis écrit doit être remis à l'assuré au plus tard au début de la première consultation qui suit la publication de la récusation.

³ Dans l'application de la présente disposition, toute personne domiciliée en Suisse ou y bénéficiant d'une autorisation de séjour est présumée assurée.

Art. 15 Récusation collective

¹ Lorsqu'une association de fournisseurs de prestations recommande à ses membres de se récuser, ou lorsque plusieurs fournisseurs de prestations se concertent en vue d'une récusation collective, ils sont tenus d'adresser au département un préavis de 45 jours avant de procéder conformément aux articles 13 et 14.

² Le département peut réunir les partenaires tarifaires ou convoquer les fournisseurs de prestations ou leurs associations en vue de tenter une conciliation.

Art. 16 Garantie de traitement

¹ Lorsqu'aucun arrangement n'est trouvé avec les fournisseurs de prestations qui se sont récusés, le Conseil d'Etat prend les mesures nécessaires pour garantir le traitement de tous les assurés conformément à la LAMal.

² Il peut arrêter à cette fin que tout ou partie des fournisseurs de prestations qui se sont récusés sont tenus de traiter les assurés conformément au tarif conventionnel ou officiel en vigueur.

³ Lorsqu'une convention tarifaire avec une ou plusieurs associations de médecins a expiré, la protection tarifaire est garantie au tarif de base du tarif-cadre.

⁴ Seuls les assurés soumis à la LAMal bénéficient de la protection tarifaire. Dans les autres cas, le fournisseur de prestations peut appliquer un tarif privé.

Chapitre V Conventions tarifaires

Art. 17 Bons offices

Le département peut offrir ses bons offices aux associations de fournisseurs de prestations et d'assureurs, en vue de faciliter la conclusion de conventions tarifaires.

Art. 18 Avis au département

¹ Lorsqu'une partie à une convention tarifaire décide de la dénoncer ou de s'en retirer, elle est tenue d'envoyer au département copie de sa lettre de retrait ou de dénonciation, dans la mesure où l'autorité d'approbation est le Conseil d'Etat.

² De même, lorsque les pourparlers en vue de la conclusion ou du renouvellement d'une convention tarifaire sont rompus, il appartient à la partie la plus diligente d'en aviser le département.

³ Dès réception de l'avis de dénonciation, de retrait ou de rupture par le département, le Conseil d'Etat entreprend les consultations en vue de la fixation d'un tarif conformément à l'article 47 LAMal. Il peut aussi charger le département de procéder conformément à l'article 15.

Chapitre VI Subsides en faveur de certains assurés

Art. 19⁽¹⁵⁾ Réduction des primes par les subsides cantonaux

¹ Conformément aux articles 65 et suivants LAMal, l'Etat de Genève accorde aux assurés de condition économique modeste (ci-après : ayants droit) des subsides destinés à la couverture totale ou partielle des primes de l'assurance-maladie.

² La participation du canton à la réduction des primes est inscrite au budget de l'Etat.

Art. 20 Ayants droit

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

a) aux assurés de condition économique modeste;

b) aux assurés bénéficiaires des prestations complémentaires à l'AVS/AI accordées par le service des prestations complémentaires⁽¹⁹⁾ (ci-après : service⁽¹⁹⁾).⁽¹¹⁾

² Les assurés qui disposent d'une fortune brute ou d'un revenu annuel brut importants sont présumés n'étant pas de condition économique modeste, à moins qu'ils ne prouvent que leur situation justifie l'octroi de subsides. Le Conseil d'Etat détermine les montants considérés comme importants.⁽⁷⁾

³ Sont également présumés ne pas être de condition économique modeste, à moins qu'ils ne prouvent que leur situation justifie l'octroi de subsides :

a) les assurés majeurs dont le revenu déterminant n'atteint pas la limite fixée par le Conseil d'Etat, mais qui ne sont pas au bénéfice de prestations d'aide sociale;

b) les assurés ayant atteint leur majorité avant le 1^{er} janvier de l'année civile et jusqu'à 25 ans révolus.⁽¹⁷⁾

⁴ Le Conseil d'Etat détermine les conditions d'application des alinéas 2 et 3.⁽¹⁷⁾

Art. 21 Limites de revenu

¹ Sous réserve des assurés visés par l'article 20, alinéas 2 et 3, le droit aux subsides est ouvert lorsque le revenu déterminant ne dépasse pas les limites fixées par le Conseil d'Etat.⁽¹⁰⁾

² Le revenu déterminant est celui résultant de la loi sur le revenu déterminant le droit aux prestations sociales cantonales, du 19 mai 2005.⁽¹³⁾

³ Le droit aux subsides s'étend au conjoint, au partenaire enregistré et aux enfants à charge de l'ayant droit. Une personne assumant une charge légale est assimilée à un couple.⁽¹⁶⁾

⁴ Le Conseil d'Etat peut prévoir des limites de revenus permettant aux assurés n'ayant pas droit aux subsides en application de l'alinéa 1 de bénéficier de subsides pour réduire la prime de leurs enfants à charge.⁽¹⁸⁾

Art. 22 Montant des subsides

¹ Le montant des subsides est fixé par le Conseil d'Etat.

² Le montant des subsides dépend du revenu au sens de l'article 21 et des charges de famille assumées par l'assuré. Il peut être différent pour les enfants et les adultes.

³ L'état civil de l'assuré ne peut être un critère d'attribution.

⁴ Plusieurs paliers progressifs sont constitués.⁽¹⁸⁾

⁵ Le montant des subsides ne peut être supérieur à la prime de l'assurance obligatoire des soins.

⁶ Les bénéficiaires des prestations du service⁽¹⁹⁾ ont droit à un subside égal au montant de leur prime d'assurance obligatoire des soins, mais au maximum au montant correspondant

à la prime moyenne cantonale fixée par le Département fédéral de l'intérieur.⁽¹¹⁾

⁷ Pour le calcul et la distribution des subsides, le service de l'assurance-maladie reçoit sans frais, dans les délais fixés par le département, les informations nécessaires des départements et des services concernés, des assureurs et des ayants droit. Il peut demander leur concours, qui ne peut être refusé.

Art. 23⁽⁷⁾ Procédure d'attribution des subsides et attestation

¹ L'administration fiscale cantonale transmet au service de l'assurance-maladie, sur support informatique, une liste des contribuables dont les ressources sont comprises dans les limites de revenu fixées conformément à l'article 21. Cette liste est établie sur la base de la dernière taxation.

² Le droit aux subsides est ouvert pour l'année civile à venir.⁽¹⁴⁾

³ Le service de l'assurance-maladie établit le fichier des ayants droit. Il fait parvenir à chaque assureur la liste de ses assurés bénéficiaires d'un subside à déduire sur le montant de leurs primes.

⁴ Il adresse une attestation à chaque bénéficiaire. Cette attestation présente le montant du subside accordé, la date à partir de laquelle le droit au subside prend naissance et le nom de l'assureur. Ce document doit être conservé par le bénéficiaire.

⁵ S'agissant des assurés visés par l'article 20, alinéas 2 et 3, lorsque leur situation économique justifie l'octroi de subsides, ils peuvent présenter une demande dûment motivée, accompagnée des pièces justificatives, au service de l'assurance-maladie.⁽¹⁰⁾

⁶ Il en va de même pour les assurés qui font l'objet d'une remise d'impôts.⁽¹⁷⁾

⁷ Le non-respect des délais fixés par le Conseil d'Etat entraîne la péremption du droit aux subsides pour l'année concernée.⁽¹⁷⁾

Art. 23A⁽¹¹⁾ Bénéficiaires des prestations du service⁽¹⁹⁾

¹ Le service⁽¹⁹⁾ communique régulièrement au service de l'assurance-maladie le nom des bénéficiaires de prestations complémentaires à l'AVS/AI, la date d'ouverture du droit aux subsides et, cas échéant, la date de fin du droit aux subsides.

² Lorsqu'un subside est octroyé en cours d'année à un bénéficiaire des prestations complémentaires à l'AVS/AI, il peut exceptionnellement couvrir la prime effective facturée par l'assureur jusqu'au prochain terme de résiliation du contrat d'assurance. Passé ce délai, le subside est limité au montant correspondant à la prime moyenne cantonale fixée par le Département fédéral de l'intérieur.

³ Lorsqu'un subside est octroyé à un bénéficiaire des prestations complémentaires à l'AVS/AI avec effet rétroactif, le montant du subside rétroactif couvre la prime effective facturée par l'assureur.

⁴ Le service de l'assurance-maladie transmet régulièrement à chaque assureur par fichier informatique la liste de ses assurés bénéficiaires d'un subside à déduire sur le montant de leurs primes.

⁵ En cas de remboursement de l'arriéré de primes par l'Etat, conformément à l'article 10, alinéas 4 et 5, de la présente loi, l'assureur, dont l'assuré est bénéficiaire des prestations complémentaires à l'AVS/AI et qui est en demeure pour le paiement de la différence entre la prime moyenne cantonale déterminée par le Département fédéral de l'intérieur et la prime effectivement versée, ne peut pas prétendre au remboursement de cette différence.

Art. 24⁽⁸⁾ Assuré imposé à la source domicilié en Suisse

¹ L'assuré imposé à la source de condition économique modeste doit présenter une requête dûment motivée au service de l'assurance-maladie, accompagnée des documents justifiant de sa situation de revenus et de sa fortune.

² Le Conseil d'Etat détermine les revenus et la fortune qui doivent être pris en compte pour le calcul du revenu déterminant le droit aux subsides de l'assuré imposé à la source domicilié en Suisse.

³ Le droit aux subsides naît le premier jour du mois du dépôt de la requête, sous réserve de situations particulières justifiant un effet rétroactif au 1^{er} janvier de l'année en cours.

Art. 24A⁽⁸⁾ Assuré domicilié à l'étranger

¹ L'assuré domicilié à l'étranger de condition économique modeste doit présenter une requête dûment motivée au service de l'assurance-maladie, accompagnée des documents justifiant de sa situation de revenus et de sa fortune.

² Le Conseil d'Etat détermine les revenus et la fortune qui doivent être pris en compte pour le calcul du revenu déterminant le droit aux subsides de l'assuré domicilié à l'étranger. Le revenu pris en compte est corrigé en fonction de la différence du pouvoir d'achat entre la Suisse et le pays de résidence de l'assuré sur la base du pouvoir d'achat dans le pays de résidence.

³ Le droit aux subsides naît le premier jour du mois du dépôt de la requête, sous réserve de situations particulières justifiant un effet rétroactif au 1^{er} janvier de l'année en cours.

Art. 25 Nouveaux contribuables

¹ Les nouveaux contribuables ayant atteint leur majorité avant le 1^{er} janvier de l'année civile peuvent demander des subsides. La procédure applicable aux assurés imposés à la source est applicable.

Etudiants

² Sous réserve de l'article 27, lettre c, de la présente loi, les étudiants titulaires d'une autorisation de séjour, délivrée dans le but d'une formation, immatriculés à l'université de Genève ou inscrits dans une école publique postobligatoire du canton, titulaires d'une bourse d'études ou pouvant justifier d'un emploi leur procurant au moins le quart de leurs ressources, peuvent demander des subsides. Ils doivent démontrer au service de l'assurance-maladie que leur situation financière est modeste et qu'elle justifie l'octroi de ces subsides.⁽⁸⁾

Art. 26⁽⁷⁾

Art. 27 Exceptions

N'ont pas droit aux subsides :

a) les assurés et leur conjoint ou leur partenaire enregistré, ainsi que ceux qui sont à leur charge, lorsqu'ils sont totalement ou partiellement exemptés d'impôt, en vertu des exemptions fiscales en matière internationale visées à l'article 16 de la loi sur l'imposition des personnes physiques, du 27 septembre 2009;⁽²⁰⁾

b) les assurés qui font l'objet d'une taxation d'office;⁽¹⁷⁾

c) les assurés volontaires;⁽¹⁷⁾

d) les ressortissants des Etats membres de l'Union européenne qui reçoivent un titre de séjour conformément à l'article 24, paragraphe 1 ou 4, de l'annexe I de l'Accord entre la Communauté européenne et ses Etats membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, sur la libre circulation des personnes ainsi que les ressortissants des pays membres de l'Association européenne de libre-échange qui reçoivent un titre de séjour conformément à l'article 23, paragraphe 1 ou 4, de l'annexe K – appendice 1 – de la convention instituant l'Association européenne de libre-échange.⁽¹⁷⁾

Art. 28⁽¹⁴⁾

Art. 29 Paiement des subsides

¹ Les subsides sont versés directement aux assureurs pour être intégralement déduits des primes des ayants droit.⁽¹⁾

² Le Conseil d'Etat fixe par règlement les modalités de paiement.⁽⁷⁾

Art. 30⁽⁷⁾

Art. 31 Conditions de paiement

¹ Pour recevoir les subsides, les assureurs doivent :

a) attester que les subsides sont entièrement déduits des cotisations des intéressés;

b) renoncer à suspendre ou à compenser leurs prestations avec les primes de l'assurance obligatoire des soins, lorsque les subsides les couvrent intégralement;

c) établir sur demande du service de l'assurance-maladie la liste des ayants droit.

² Le montant des subsides accordés par l'Etat à l'assuré figure sur son certificat d'assurance ou sur les décomptes de primes.

Art. 32⁽⁷⁾ Changement d'assureur

En cas de changement d'assureur, l'assuré doit annoncer au service de l'assurance-maladie dans les meilleurs délais, mais au plus tard à la fin de l'année civile en cours, le nom de son nouvel assureur pour bénéficier du subside.

Art. 33⁽¹⁴⁾ Subsides indûment touchés

¹ Les subsides indûment touchés doivent être restitués en appliquant par analogie l'article 25 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000.

² Lorsque des subsides ont été indûment touchés par un bénéficiaire des prestations du service⁽¹⁹⁾, ce service peut en demander la restitution au nom et pour le compte du service de l'assurance-maladie.

Art. 34⁽⁷⁾ Incitation

Les assurés, en particulier ceux recevant des subsides, sont incités à choisir les assureurs proposant dans le canton les primes les plus modiques.

Chapitre VII Voies de droit

Section 1⁽⁹⁾ Opposition, recours, révision et reconsidération

Art. 35⁽⁵⁾ Opposition

¹ Les décisions prises par les organes d'exécution de la LAMal et de la présente loi peuvent être attaquées, dans les 30 jours suivant leur notification, par la voie de l'opposition auprès de l'autorité qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnement de la procédure.

² L'opposition doit être motivée et contenir des conclusions. Elle peut être écrite ou orale. Le règlement d'exécution fixe la procédure. ⁽⁹⁾

³ La procédure d'opposition est gratuite. ⁽⁹⁾

⁴ La décision sur opposition doit être rendue dans un délai approprié. Elle est écrite et motivée. Elle mentionne expressément le délai de recours et l'autorité auprès de laquelle il peut être formé recours. ⁽⁹⁾

Art. 36⁽⁵⁾ Recours

¹ Les décisions sur opposition, et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte, peuvent faire l'objet d'un recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, dans un délai de 30 jours à partir de leur notification.

Procédure

² La procédure devant le Tribunal cantonal des assurances sociales est régie par les articles 89A à 89I de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985. ⁽⁹⁾

Art. 36A⁽⁹⁾ Révision et reconsidération

¹ Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou les organes d'exécution de la LAMal et de la présente loi découvrent subséquemment des faits nouveaux importants ou trouvent des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits avant.

² Les organes d'exécution de la LAMal et de la présente loi peuvent revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

³ Jusqu'à l'envoi de leur préavis à l'autorité de recours, les organes d'exécution de la LAMal et de la présente loi peuvent reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé.

Section 2⁽⁹⁾ Suspension des délais, assistance juridique gratuite

Art. 37⁽⁹⁾ Suspension des délais

Dans le cadre de l'application des articles 4 à 11 de la présente loi, les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par les organes d'exécution de la LAMal ou de la présente loi ne courent pas :

- a) du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement;
- b) du 15 juillet au 15 août inclusivement;
- c) du 18 décembre au 2 janvier inclusivement. ⁽¹⁷⁾

Art. 38⁽⁹⁾ Assistance juridique gratuite

¹ Lorsque les circonstances l'exigent dans le cadre de l'application des articles 4 à 11 de la présente loi, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur pour la procédure devant le service de l'assurance-maladie.

² Les modalités d'octroi de cette assistance sont définies par le règlement.

³ En cas de recours au sens de l'article 36 de la présente loi, l'assistance juridique gratuite est accordée au demandeur conformément à l'article 143A de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941.

Section 3 Tribunal arbitral

Art. 39 Compétences, nominations

¹ Un Tribunal arbitral (ci-après : tribunal) est chargé aux termes de l'article 26, alinéa 4, de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, de l'article 89 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie et de l'article 57 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents de trancher les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations. Il est nommé pour 4 ans par le Conseil d'Etat, sur proposition des organismes et groupements intéressés. ⁽⁴⁾

² La compétence de ce tribunal s'étend aux contestations entre assureurs et fournisseurs de prestations ayant trait aux assurances complémentaires (art. 12, al. 2, LAMal).

Art. 40 Membres

¹ Le tribunal comprend :

- a) un président choisi parmi les juges, et 1 à 6 suppléants choisis parmi les juges et les juges suppléants du Tribunal cantonal des assurances sociales; ⁽²¹⁾
- b) 3 représentants de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA);
- c) 3 représentants des assureurs-maladie;
- d) 3 représentants des médecins;
- e) 3 représentants des pharmaciens;
- f) 3 représentants des dentistes;
- g) 3 représentants des chiropraticiens;
- h) 3 représentantes des sages-femmes;
- i) 3 représentants des infirmières et infirmiers;
- j) 3 représentants des physiothérapeutes;
- k) 3 représentants des laboratoires;
- l) 3 représentants des établissements hospitaliers publics;
- m) 3 représentants des cliniques privées;
- n) 3 représentants des établissements médico-sociaux;
- o) 3 représentants des autres assureurs au sens de l'article 13 LAMal et de l'article 68 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents;
- p) 3 représentants des organisations d'aide et de soins à domicile;
- q) 3 représentants des organisations d'ergothérapie;
- r) 3 représentants des logopédistes-orthophonistes.

² Ses membres doivent être de nationalité suisse et domiciliés dans le canton de Genève. ⁽²³⁾

Art. 41 Conciliation

Le tribunal ne peut entrer en matière avant que le cas ait été soumis à un organisme de conciliation prévu par convention ou à une tentative de conciliation conformément aux dispositions de l'article 45.

Art. 42 Composition

Le tribunal siège au nombre de 3 juges, y compris le président.

Art. 43 Désignation des juges appelés à siéger

¹ Sitôt la cause introduite, le président invite chacune des parties à choisir, dans un délai déterminé, parmi les juges de son groupe, celui qui est appelé à siéger.

² Lorsque l'assuré lui-même est partie, il choisit un juge parmi les représentants des caisses-maladie.

³ Si une des parties n'a pas fait son choix dans le délai imparti, la désignation est faite par le président du tribunal.

Art. 44 Audiences

Le président fixe la date et le lieu des audiences du tribunal et désigne un greffier ad hoc parmi le personnel des tribunaux.

Art. 45 Procédure

¹ Le tribunal est saisi par une requête adressée au greffe du Tribunal cantonal des assurances sociales. ⁽⁵⁾

² Si le cas n'a pas été soumis à un organisme de conciliation prévu par convention, le président du tribunal tente de concilier les parties.

³ En cas d'échec, le tribunal statue après avoir permis aux parties de s'expliquer, soit oralement, soit par un échange de mémoires si la nécessité s'en fait sentir, et après avoir procédé à toute mesure probatoire utile. Il établit les faits d'office et apprécie librement les preuves.

⁴ Les règles générales de procédure de la loi de procédure administrative, du 12 septembre 1989, s'appliquent pour le surplus, notamment en ce qui concerne la récusation des membres du tribunal et l'établissement des faits.

⁵ Les jugements motivés sont communiqués aux parties par écrit dans les 30 jours, ainsi qu'à l'office fédéral des assurances sociales, avec indication des voies de recours prévues à l'article 91 LAMal et aux articles 57, alinéa 4, et 110, alinéa 1, de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, ainsi que les noms des juges qui ont siégé.

Art. 46 Frais

¹ Les frais du tribunal et de son greffe sont à la charge des parties. Ils comprennent les débours divers (notamment indemnités de témoins, frais d'expertise, port, émoluments d'écriture), ainsi qu'un émolument global n'excédant pas 15 000 F.⁽²¹⁾

² Dans le jugement ou dans le procès-verbal de conciliation, le tribunal fixe le montant des frais et décide quelle partie doit les supporter.

³ Lorsque le tribunal est saisi d'un litige, il peut ordonner aux parties de faire les avances de frais nécessaires.

Chapitre VIII Sanctions

Art. 47 Amende administrative

¹ Le département peut infliger une amende de 100 F à 50 000 F à toute personne qui a contrevenu intentionnellement ou par négligence à la présente loi et à ses dispositions d'exécution.

² Si l'infraction a été commise dans la gestion d'une personne morale, d'une société en commandite, d'une société en nom collectif ou d'une entreprise à raison individuelle, les sanctions sont applicables aux personnes qui ont agi ou auraient dû agir en son nom. La personne morale, la société ou le propriétaire de l'entreprise individuelle répondent solidairement des amendes. Les sanctions sont applicables directement aux sociétés ou entreprises précitées lorsqu'il n'apparaît pas de prime abord quelles sont les personnes responsables.

³ Le département peut ordonner la publication de sa décision dans la Feuille d'avis officielle ou selon d'autres modalités.

⁴ L'amende peut être cumulée avec les autres sanctions administratives prévues par la loi sur la santé, du 7 avril 2006. ⁽¹²⁾

⁵ Les dispositions pénales de la LAMal sont réservées.

Chapitre IX Dispositions finales et transitoires

Art. 48 Règlement d'application

Le Conseil d'Etat édicte le règlement nécessaire à l'application de la présente loi.

Art. 49 Clause abrogatoire

Les lois suivantes sont abrogées :

- a) la loi sur l'assurance-maladie obligatoire, le subventionnement des caisses-maladie et l'octroi de subsides en faveur de certains assurés des caisses-maladie, du 18 septembre 1992;
- b) la loi concernant le Tribunal arbitral prévu par l'article 25 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie et par l'article 57 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 16 décembre 1966.

Art. 50 Entrée en vigueur

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

Art. 51 Dispositions transitoires

¹ Ont droit aux subsides, les assurés qui étaient au bénéfice des prestations complémentaires au 31 décembre 1995 et qui ont perdu ce bénéfice au 1^{er} janvier 1996.

Modification du 24 juin 2004

² Le Conseil d'Etat fixe par règlement le revenu déterminant le droit aux subsides. ⁽⁹⁾

³ Les attestations ouvrant un droit aux subsides jusqu'au 31 décembre 2001 sont caduques. ⁽⁷⁾

Modification du 17 décembre 2004

⁴ En dérogation à l'article 23, alinéa 2, de la présente loi, le subside octroyé aux assurés visés par l'article 20, alinéa 3, prend fin dès l'entrée en vigueur de cette disposition. Lorsque leur situation économique justifie l'octroi de subsides, ils peuvent présenter une demande conformément à l'article 23, alinéa 5, de la présente loi. ⁽¹⁰⁾

RSG	Intitulé	Date d'adoption	Entrée en vigueur
J 3 05	L d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie	29.05.1997	01.01.1998
<i>Modifications :</i>			
1. <i>n.</i> : 23A; <i>n.t.</i> : 29/1; <i>a.</i> : 29/2-3		25.09.1998	01.01.1999
2. <i>n.t.</i> : 21/4, 27/a		22.09.2000	01.01.2001
3. <i>n.t.</i> : 23/6		04.10.2001	01.01.2002
4. <i>n.t.</i> : 39/1		20.09.2002	01.08.2003
5. <i>n.t.</i> : 35-36, 40/1a, 45/1; <i>a.</i> : section 2 du chap. VII, 37-38		14.11.2002	01.08.2003
6. <i>n.t.</i> : 7		23.01.2004	20.03.2004
7. <i>n.</i> : 20/2, 29/2, 51/2-3; <i>n.t.</i> : 10/3-4, 20/1, 21/1, 22/6, 23, 23A, 29 (note), 32, 34; <i>a.</i> : 21/2 (<i>d.</i> : 21/3 >> 21/2), 21/4, 26, 30		23.01.2004	01.07.2004
8. <i>n.</i> : 24A; <i>n.t.</i> : 1/2a, 6/1, 10/2, 22/6, 24, 25/2, 27c		13.02.2004	15.04.2004
9. <i>n.</i> : 4/4, (<i>d.</i> : 10/3-6 >> 10/4-7) 10/3, (<i>d.</i> : 35/2 >> 35/4) 35/2-3, 36/2, 36A, section 2 du chap. VII, 37-38; <i>n.t.</i> : 4/2, section 1 du chap. VII, 51/2		24.06.2004	01.10.2004
10. <i>n.</i> : 20/3, 23/7, (<i>d.</i> : 28/1-3 >> 28/4-6), 28/1-3, 51/4; <i>n.t.</i> : 21/1, 23/2, 23/5		17.12.2004	01.01.2005
11. <i>n.t.</i> : 20/1, 22/6, 23A		19.05.2005	01.07.2006
12. <i>n.t.</i> : 47/4		07.04.2006	01.09.2006
13. <i>n.</i> : (<i>d.</i> : 21/2 >> 21/3) 21/2		19.05.2005	01.01.2007
14. <i>n.t.</i> : 23/2, 33; <i>a.</i> : 28		12.10.2006	01.01.2007
15. <i>n.t.</i> : 9/1, 19		25.05.2007	01.01.2008
16. <i>n.t.</i> : 21/3, 27/a		24.01.2008	01.07.2008
17. <i>n.</i> : 20/4, (<i>d.</i> : 27/b-c >> 27/c-d) 27/b; <i>n.t.</i> : 20/3, 23/6, 23/7, 37/c		25.01.2008	01.01.2009
18. <i>n.</i> : 21/4; <i>n.t.</i> : 22/4		10.10.2008	01.01.2009
19. <i>n.t.</i> : rectification selon 7C/1, B 2 05 (20/1b, 22/6, 23A (note), 23A/1, 33/2)		11.11.2008	11.11.2008
20. <i>n.t.</i> : 27/a		27.09.2009	01.01.2010
21. <i>n.t.</i> : 40/1a, 46/1		19.03.2010	18.05.2010
22. <i>a.</i> : 3/2b		07.05.2010	06.07.2010
23. <i>a.</i> : 40/2 phr. 2		02.07.2010	31.08.2010