Assurance-maladie (LAMal)

Sommaire

Généralités
Descriptif
Subsides destinés à la réduction des primes
Revenu déterminant unifié
Condition du droit de percevoir un subside
Primes impayées, participation du canton
Procédure
Recours

Généralités

L'assurance-maladie obligatoire des soins est avant tout régie par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaMal). Il convient donc de se référer à la fiche fédérale.

Les cantons doivent veiller au contrôle de l'obligation de s'assurer. Ils sont aussi chargés de la réduction des primes d'assurance-maladie des personnes assurées de condition économique modeste. Le canton de Genève a ainsi édicté une législation (LaLAMal - J 3 05) prévoyant un système de subsides destinés à la réduction des primes, en fonction du revenu et des charges de la personne assurée. Le Service de l'assurance-maladie (SAM) est l'autorité compétente.

Descriptif

Subsides destinés à la réduction des primes

Le droit au subside pour les assurés domiciliés en Suisse est ouvert lorsque le revenu déterminant ne dépasse pas les montants suivants :

Groupe 1 : assuré seul, sans charge légale : 30'000 francs;
couple sans charge légale : 45'000 francs.

Groupe 2 : assuré seul, sans charge légale : 35'000 francs;
couple sans charge légale : 55'000 francs.

Groupe 3 : assuré seul, sans charge légale : 37'500 francs;
couple sans charge légale : 65'000 francs.

Groupe 4 : assuré seul, sans charge légale : 40'000 francs;
couple sans charge légale : 75'000 francs.

Groupe 5 : assuré seul, sans charge légale : 42'500 frans;
couple sans charge légale : 85'000 francs.

Groupe 6 : assuré seul, sans charge légale : 45'000 francs;
couple sans charge légale : 95'000 francs.

Groupe 7 : assuré seul, sans charge légale : 47'500 francs;
couple sans charge légale : 105'000 francs.

Groupe 8 : assuré seul, sans charge légale : 50'000 francs;

couple sans charge légale : 115'000 francs.

Ces limites sont majorées de 6'000 francs par charge légale.

Une personne assumant une charge légale est assimilée à un couple.

A noter que depuis l'année 2024, les subsides sont indexés en fonction de l'augmentation de la prime moyenne cantonale calculée par l'Office fédéral de la santé publique par rapport à la prime moyenne cantonale de 2024. L'indexation intervient par arrêté du Conseil d'Etat. Ainsi, compte tenu de l'indexation, les montants des subsides en 2026 pour les groupes précités sont les suivants :

- Groupe 1 : 348 francs par mois;
- Groupe 2 : 294 francs par mois;
- Groupe 3: 240 francs par mois;
- Groupe 4 : 196 francs par mois;
- Groupe 5: 164 francs par mois;
- Groupe 6 : 120 francs par mois;
- Groupe 7 : 87 francs par mois;
- Groupe 8 : 55 francs par mois.

Groupe 9 : Pour les personnes assurées n'ayant pas droit à un subside en application des limites ci-dessus, des subsides destinés à la réduction des primes des enfants mineurs à charge sont accordés si le revenu déterminant est inférieur à :

personne assurée seule ou couple avec charge légale : 151'000 francs

Dans ce même cas de figure, des subsides destinés à la réduction des primes des enfants majeurs à charge jusqu'à 25 ans révolus sont accordés si le revenu déterminant est inférieur à :

personne assurée seule ou couple avec charge légale : 151'000 francs.

Dans ce cas, le revenu déterminant est composé du revenu déterminant des parents, additionné à celui du jeune adulte qui vit avec ses parents ou dont le revenu déterminant est inférieur à 15'000 francs.

Ces limites sont majorées de 6'000 francs par charge légale supplémentaire.

Montants de subsides pour les enfants :

Les subsides mensuels s'élèvent pour chaque enfant mineur à charge à :

Groupes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 : 80% de la prime moyenne calculée par l'Office fédéral de la santé publique arrondi au franc supérieur et augmenté de 10 francs, portant le montant du subside à 132 francs par mois pour 2026;

Groupe 9 : 67 francs par mois.

Les subsides mensuels s'élèvent pour les jeunes majeurs jusqu'à 25 ans révolus à :

Groupes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 : 50% de la prime moyenne calculée par l'Office fédéral de la santé publique arrondi au franc supérieur et augmenté de 15 francs, portant le montant du subside à 231 francs par mois pour 2026;

Groupe 9 : 106 francs par mois.

Le montant des subsides accordés ne peut dépasser le montant de la prime effective de l'assuré.

Pour les personnes assurées domiciliées à l'étranger, le subside est ouvert lorsque le revenu déterminant ne dépasse pas les montants suivants :

Groupe 1F : assuré seul, sans charge légale : 30'000 francs;
couple sans charge légale : 45'000 francs.

Groupe 2F : assuré seul, sans charge légale : 35'000 francs;
couple sans charge légale : 55'000 francs.

Groupe 3F : assuré seul, sans charge légale : 37'500 francs;
couple sans charge légale : 65'000 francs.

Ces limites sont majorées de 6'000 francs par charge légale.

Compte tenu de l'indexation, les montants des subsides en 2026 pour les groupes précités sont les suivants :

- Groupe 1F : 144 francs;
- Groupe 2F : 93 francs;
- Groupe 3F : 52 francs.

Des subsides destinés à la réduction des primes des enfants mineurs et des enfants majeurs à charge jusqu'à 25 ans révolus sont accordés si le revenu déterminant est inférieur à :

Groupe 4F : personne assurée seule ou couple avec charge légale : 81'000 francs;

Groupe 5F : personne assurée seule ou couple avec charge légale : 111'000 francs.

Ces limites sont majorées de 6'000 francs par charge légale.

Les subsides mensuels s'élèvent alors pour chaque enfant mineur à charge à :

Groupes 1F, 2F, 3F, 4F : 80% de la prime moyenne fixée chaque année par le Département fédéral de l'intérieur pour chaque Etat membre de l'Union européenne ainsi que pour l'Islande et la Norvège, soit en 2026 un montant de 45 francs par mois.

Groupe 5F : 25 francs par mois.

Les subsides mensuels s'élèvent pour les jeunes majeurs jusqu'à 25 ans révolus à :

Groupes 1F, 2F, 3F, 4F : 50% de la prime moyenne fixée chaque année par le Département fédéral de l'intérieur pour chaque Etat membre de l'Union européenne ainsi que pour l'Islande et la Norvège, soit en 2026 un montant de 102 francs par mois.

Groupe 5F : 79 francs par mois.

Le montant des subsides accordés ne peut dépasser le montant de la prime effective de l'assuré.

Pour plus de détails sur les barèmes applicables et les montants des subsides, se référer au site du SAM dans la rubrique "Sites utiles".

Revenu déterminant unifié

Le revenu déterminant unifié (RDU) est celui résultant de la Loi sur le revenu déterminant unifié (chapitre II - J 4 06). Il est égal au revenu calculé en application des articles 4 (revenus pris en compte) et 5 (déductions sur le revenu prises en compte) de ladite loi, augmenté d'1/15ème de la fortune (calculée en application des articles 6 et 7). Le revenu déterminant est établi sur la base des éléments retenus par l'Administration fiscale cantonale pour la taxation définitive. De ce fait, le revenu déterminant est établi sur la base de la situation économique et personnelle en année N-2 (une prestation demandée pour l'année 2023 se base sur le RDU 2021).

Pour le calcul du droit au subside, il est tenu compte du revenu déterminant du groupe familial qui constitue l'unité économique de référence. A cet effet, les revenus déterminants des conjoints, respectivement des partenaires enregistrés, ainsi que ceux des concubins faisant ménage commun avec un ou plusieurs enfants issus de leur union, sont cumulés (art. 9 - J 3 05.01).

Pour les assurés domiciliés à l'étranger, se référer pour le revenu déterminant à l'article 12A - J 3 05.01.

Condition du droit de percevoir un subside

Les assurés dont les revenus entrent dans les limites légales reçoivent automatiquement une décision d'octroi du subside d'assurance-maladie.

Ne bénéficient pas automatiquement des subsides :

- Les personnes disposant d'une fortune brute importante (à savoir plus de Fr. 250'000), telle que retenue par l'Administration fiscale cantonale (LIPP, sans prise en compte de l'abattement de la valeur fiscale d'immeuble occupé par le propriétaire ou l'usufruitier);
- Les personnes disposant d'un revenu annuel brut important (à savoir plus de Fr. 200'000), tel que retenu par l'Administration fiscale cantonale (LIPP);
- Les personnes imposées à la source;
- Les assurés domiciliés à l'étranger (articles 24A - J 3 05 et 12A, 12B, 13 - J 3 05.01);
- Les jeunes assurés âgés de 18 à 25 ans;
- Les personnes dont le RDU est inférieur aux limites suivantes : Fr. 15'000 pour les assurés seuls sans charge légale, Fr. 20'000 pour les couples sans charge légale. Ces montants sont augmentés de Fr. 3'000 par charge légale.

Ces personnes peuvent obtenir un subside sur demande, lorsqu'elles peuvent démontrer que leur situation justifie l'octroi de subsides.

Reçoivent automatiquement un subside mensuel qui couvre au maximum la prime moyenne cantonale (art. 22 al. 7 et al. 8 - J 3 05, art. 11A, 11B, 11C al. 5 - J 3 05.01) :

- Les assurés adultes qui touchent des prestations complémentaires à l'AVS/AI ou des prestations complémentaires familiales (le montant du subside dépend de l'excédent de dépenses calculé par le service des prestations complémentaires);
- Les mineurs pris en charge par le Service de protection des mineurs (SPMI) dont les parents perçoivent des prestations d'aide sociale.

Les bénéficiaires de prestations de l'Hospice général obtiennent le subside partiel maximum ainsi qu'un complément destiné à couvrir le solde de la prime (à concurrence de la prime moyenne cantonale calculée par l'OFSP ou, suivant la situation, de la prime moyenne cantonale définie pour les prestations complémentaires AVS/AI (cf. art. 32 et 33 LASLP - J 4 04)). Toutefois, ce complément ne peut dépasser le montant de la prestation d'aide sociale calculé par l'Hospice général (art. 11C al. 1 - J 3 05.01).

Les subsides sont versés directement aux assureurs pour être intégralement déduits des primes des ayants droit (art. 29 al. 1 - J 3 05).

Le versement des subsides cesse le jour du départ de Suisse de l'assuré bénéficiaire ou, pour les assurés domiciliés à l'étranger, le jour où le bénéficiaire cesse d'être affilié à l'assurance obligatoire des soins en Suisse (art. 13 al. 5 - J 3 05.01).

Primes impayées, participation du canton

Les primes, le montant de la franchise et la participation non recouvrés par la caisse-maladie après réquisition de continuer la poursuite sont pris en charge par le service de l'assurance-maladie (SAM) à raison de 85 % dès la production de l'acte de défaut de biens (art. 64a al. 4 LAMal).

Procédure

Le Service de l'assurance-maladie (SAM) est tenu d'informer périodiquement les assurés des conditions à remplir pour l'octroi des subsides cantonaux et, de manière générale, sur les primes et les prestations de l'assurance de base. Comme le SAM n'entre pas en matière sur les demandes de subsides tardives, il convient de demander les subsides au SAM avant **le 30 novembre** de l'année d'ouverture du droit aux prestations.

Lorsque les ressources ne dépassent pas les limites donnant droit au subside, le SAM communique à l'assureur le droit au subside et 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 la personne bénéficiaire.

Les assurés taxés d'office n'ont pas droit aux subsides, à moins que ceux-ci puissent justifier de démarches en vue de la régularisation de leur situation fiscale ou qu'ils soient taxés d'office en raison d'une participation à une succession dont la valeur n'est pas encore déterminée (art. 27 let. b - J 3 05).

Ainsi, les personnes assurées imposées à la source et les personnes assurées domiciliées à l'étranger ne reçoivent pas d'attestation. Si elles souhaitent bénéficier d'un subside, elles doivent présenter une demande au Service de l'assurance-maladie (SAM), accompagnée des pièces justifiant les revenus et la fortune.

Pour de plus amples information, consulter le site internet du service de l'assurance-maladie.

Les personnes n'ayant pas reçu les subsides mais qui remplissent les conditions peuvent les demander. Le site Internet du SAM met à disposition des formulaires de demandes ad hoc. **Attention aux délais** : les demandes de subsides doivent être adressées au SAM avant **le 30 novembre** de l'année d'ouverture du droit aux subsides.

Les assurés dont la situation économique s'est aggravée durablement (plus de 6 mois) et de façon importante (différence de 20%) au cours de l'année peuvent demander par écrit une modification ou l'octroi de subsides. **Attention aux délais :** il faut agir avant **le 30 novembre** de l'année du droit aux subsides. Toutefois, si l'aggravation de la situation financière se produit au cours du deuxième semestre, le délai court jusqu'au **30 juin** de l'année suivante (art. 13B - J 3 05.01).

Il est important de signaler au SAM tout changement notable de situation (naissance d'un enfant, perte d'emploi, changement d'employeur).

Recours

Lorsque l'assuré n'accepte pas une décision de l'assureur, celui-ci doit la confirmer par écrit, dans les **30 jours** à compter de la demande expresse

de l'assuré. L'assureur doit motiver la décision et indiquer les voies de droit.

Toute décision peut être contestée, dans les **30 jours**, par voie d'opposition auprès de l'assureur qui l'a notifiée.

L'opposition doit être motivée et contenir des conclusions (par exemple : "Je conteste cette décision parce que l'atteinte provient bien d'une maladie, selon certificat médical annexé. Je conclus au paiement de X francs par la caisse maladie).

L'opposition est gratuite.

La décision rendue sur opposition peut être contestée, dans les **30 jours** dès sa réception, auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice. L'arrêt de la Chambre peut à son tour être soumis, dans les **30 jours**, par voie de recours, au Tribunal fédéral, section sociale. Si les circonstances l'exigent, par exemple si le cas est complexe et que les conditions d'octroi sont réalisées, l'assistance juridique peut être octroyée.

La procédure est simple, rapide et en principe gratuite.

Les décisions prises par le Service de l'assurance-maladie (affiliation d'office, refus du subside, par exemple) peuvent faire l'objet d'une opposition auprès de ce service dans un délai de **30 jours** dès leur notification. La décision prise sur opposition peut faire l'objet d'un recours à la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice, dans un délai de **30 jours** dès sa notification.

Enfin, les litiges relevant de l'assurance complémentaire sont également du ressort de la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice.

Lorsqu'un patient constate une irrégularité dans ses rapports avec son médecin (facture disproportionnée, examens injustifiés, etc.), il peut en référer à sa caisse maladie ou contacter l'Association des médecins du canton de Genève.

Avant d'exiger de l'assureur une décision écrite, il est possible de faire appel à l'Office de médiation de l'assurance-maladie, notamment pour instaurer un dialogue avec la caisse.

Sources

Législation citée et site internet du service de l'assurance-maladie (SAM)

Adresses

Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice (Genève 1)
Office de médiation de l'assurance-maladie (Lucerne)
Service de l'assurance-maladie (Genève)
APAS Association pour la permanence de défense des patients et des assurés (Genève)

Lois et Règlements

Loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal) (J 3 05)
Règlement d'exécution de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (RaLAMal) (J 3 05.01)
Loi sur le revenu déterminant unifié (LRDU) (J 4 06)
Règlement d'exécution de la loi sur le revenu déterminant unifié (RRDU) (J 4 06. 01)

Sites utiles

Service de l'assurance-maladie
La clé - répertoire d'adresses
Caisse cantonale genevoise de compensation
Association des médecins du canton de Genève