

GE_GERICHTE ATAS/1358/2008 vom 26. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1358_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1358/2008 du 26 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1358/2008 del 26 novembre 2008

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1 ; 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, le litige porte sur des primes d'assurance-maladie impayées pour la période de janvier à juin 2004. En conséquence, les dispositions matérielles de la LPGA s'appliquent. En ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

E. 4

Le recourant conteste devoir payer les primes d'assurance-maladie pour la période de janvier à juin 2004, arguant du fait que l'augmentation des primes 2004 ne serait pas valable.

E. 5

Il sied de rappeler que l'un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse. Ainsi l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe que toute personne domiciliée en Suisse est tenue de s'assurer pour les soins en cas de maladie (ATF 126 V 268 consid. 3b et les références).

A/1087/2005 - 7/12 - L'obligation de payer des primes découle de l'art. 61 LAMal ; elle constitue la contrepartie de l'obligation de l'assureur d'assumer la prise en charge des événements assurés. Elle est la conséquence juridique impérative de toute affiliation valable auprès d'une caisse-maladie et s'étend à toute la durée de celle-ci (RJAM 1980 p. 161 ;

1981 p. 61). Les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois (art. 90 al. 1 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 - OAMal). Le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élève à 5% par année (art. 90 al. 2 OAMal). Si, en dépit d'une sommation, l'assuré ne paie pas les primes ou participations aux coûts échues, l'assureur doit engager une procédure de poursuite (art. 90 al. 3 OAMal).

E. 6

Aux termes de l'art. 7 al. 2 LAMal, la caisse doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'OFAS (devenu l'Office fédéral de la santé publique (l'OFSP) au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur. L'art. 61 LAMal prévoit que l'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés (al. 1). Il peut échelonner le montant des primes s'il est établi que les coûts diffèrent selon les cantons et les régions (al. 2). Il peut fixer une prime plus basse que celle des assurés plus âgés pour ceux qui ont moins de 18 ans révolus ou moins de 25 ans révolus (al. 3). Le Conseil fédéral fixe les réductions de primes visées à cet alinéa (al. 3 bis). Les tarifs des primes de l'assurance de soins obligatoires doivent être approuvés par le Conseil fédéral. Les cantons peuvent se prononcer sur les tarifs de primes prévus pour leurs résidents, pour autant que la procédure d'approbation n'en soit pas prolongée (al. 5). Pour chaque assuré, la caisse doit distinguer clairement entre les primes de l'assurance obligatoire des soins, de l'assurance d'indemnités journalières, des assurances complémentaires et d'autres branches d'assurances (art. 89 OAMal). La caisse doit soumettre à l'approbation de l'OFAS (aujourd'hui l'OFSP), les tarifs des primes de l'assurance obligatoire des soins et leur modification, au plus tard 5 mois avant leur application. Ces tarifs ne peuvent être appliqués qu'après l'approbation. Pour obtenir celle-ci, la caisse joint aux tarifs, sur une formule remise par l'Office fédéral, le budget de l'exercice en cours et le budget de l'exercice suivant (art. 92 OAMal). L'art. 60 LAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004 applicable en l'espèce, prévoit, quant à lui, les règles de financement de l'assurance obligatoire des soins. Celle-ci est financée d'après le système de la répartition des dépenses. Les assurances constituent des réserves suffisantes afin de supporter les coûts afférents aux maladies déjà survenues et de garantir leur solvabilité à long terme (al. 1). Le financement doit être autonome. Les assureurs doivent présenter séparément au bilan les provisions et les réserves destinées à l'assurance obligatoire des soins (al. 2). Ils tiennent un compte d'exploitation distinct pour l'assurance obligatoire des soins, et les montants des primes et les prestations relatives aux cas de maladie et d'accident sont indiqués séparément (al. 3). D'autres dispositions sont A/1087/2005 - 8/12 - édictées par le Conseil fédéral sur la tenue de la comptabilité, la présentation et le contrôle des comptes, ainsi que la constitution des réserves et les placements des capitaux (al. 4).

E. 7

Dans son arrêt du 1er février 2005 (ATF 131 V 66), le TFA a tout d'abord confirmé sa jurisprudence selon laquelle le recours de droit administratif est recevable contre des décisions qui sont prises en application d'un tarif dans une situation concrète, alors qu'il est irrecevable contre des décisions qui ont pour objet l'établissement ou l'approbation d'un tarif dans son ensemble ou lorsqu'il vise directement des clauses tarifaires particulières en tant que telles (cf. ATFA du 31 mai 2002 dans la cause K 120/01). Il convenait cependant de déterminer le pouvoir d'examen du juge lorsque le recours est dirigé contre une décision

prise en application d'une clause tarifaire, dans une situation concrète, comme dans le cas d'espèce. Rappelant l'autonomie des assureurs dans la fixation des primes selon l'art. 61 al. 1 LAMal, ainsi que la liberté d'appréciation étendue de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP, anciennement OFAS) dans l'approbation des tarifs de primes et du Conseil fédéral en tant qu'autorité de recours interne à l'administration, le TFA a déclaré qu'il ne convenait pas que l'autorité juridictionnelle appelée à trancher un cas concret puisse, "d'une manière indirecte, substituer sa propre appréciation à celle de l'autorité administrative. Aussi, le juge est-il appelé à faire preuve d'une grande retenue lors du contrôle d'une décision prise en application d'une clause tarifaire dans une situation concrète". Cependant, le Tribunal ne doit pas se limiter à examiner si l'assuré a été classé correctement dans la région de prime déterminante et dans la classe d'âge correspondante, ou si le tarif approuvé par l'OFAS, la franchise et les rabais ont été appliqués correctement à l'intéressé. Dans le cadre du contrôle de la légalité de la clause en question, il doit examiner si celle-ci est conforme au système de la répartition des dépenses et au principe du financement autonome de l'assurance obligatoire des soins, selon l'art. 60 al. 1, 2 et 3 LAMal. Il lui incombe en particulier de vérifier "si la clause contestée repose, en ce qui concerne les charges et les produits, sur une comptabilité distincte pour l'assurance-maladie sociale et, dans ce cadre, une comptabilité séparée pour l'assurance obligatoire ordinaire des soins, pour les formes particulières d'assurance au sens de l'art. 62 LAMal et pour l'assurance indemnités journalières (art. 81, al. 1 OAMal). L'exigence d'une comptabilité distincte doit être contrôlée également en ce qui concerne les frais d'administration (art. 84 OAMal)". Pour ce faire, le juge doit faire appel à des spécialistes des organes de fixation et d'approbation des tarifs de primes, tout en tenant compte du droit au secret des affaires et du droit de l'assuré de consulter les pièces. La plupart des questions auxquelles le juge pourrait être amené à donner des réponses dans le cadre du contrôle qui lui incombe, peut s'appuyer sur le témoignage, écrit ou oral, de l'organe de révision, dont l'indépendance est présumée de par la loi.

E. 8

En l'occurrence, le Tribunal de céans a entendu à titre de témoin un représentant de l'organe de révision de la caisse. Celui-ci a déclaré que la caisse tenait une

A/1087/2005 - 9/12 - comptabilité distincte pour l'assurance obligatoire des soins et les autres formes d'assurance. Les frais d'administration avaient quant à eux été répartis selon une clé de répartition reconnue par l'OFAS. Le Tribunal relève que les déclarations du témoin sont corroborées par les nombreuses pièces versées au dossier, et en particulier par les comptes d'exploitation pour les exercices 2001 à 2003. Le Tribunal constate, dans le cadre restreint de son pouvoir d'examen, que les comptes de la caisse apparaissent conformes aux exigences légales. Ainsi, conformément aux principes jurisprudentiels rappelés ci-dessus, il y a lieu de conclure que la clause tarifaire en cause respecte le système légal de répartition des dépenses et le principe du financement autonome de l'assurance obligatoire de soins, au sens de l'arrêt du TFA précité (ATF 131 V 66). Dans son écriture du 9 mai 2008, l'intimée explique que la question de l'opportunité de la hausse des primes pourrait être litigieuse. Le Tribunal de céans ignore cependant à quoi fait référence l'intimée. En effet, selon les critères posés par le TFA, dûment vérifiés en l'occurrence, l'augmentation des primes 2004 est valable. Le grief invoqué par le recourant tombe donc à faux.

E. 9

Reste à examiner si le montant de la créance réclamée au recourant est correct. A cet égard, le recourant se plaint de ce que le montant de la prime pour son fils HC _____, soit 82 fr. 80, ne tient pas compte du subside dont il aurait dû bénéficier en 2004.

E. 10

En application des art. 65 et 66 LAMAL, le canton de Genève accorde des subsides destinés à la couverture totale ou partielle des primes de l'assurance-maladie des assurés de condition économique modeste (art. 19 al. 1 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie - LaLAMal). Jusqu'au 30 juin 2004, l'administration fiscale cantonale ou le SAM adressaient une attestation aux ayants-droit (art. 26 LaLAMal, en vigueur jusqu'au 30 juin 2004). Depuis le 1er juillet 2004, seul le SAM 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 (art. 23 al. 4 LaLAMal). En l'occurrence, aucune attestation dûment établie par l'administration fiscale cantonale ou par le SAM pour l'année 2004 n'a été produite par le recourant. A défaut d'une telle attestation, force est de constater que le montant de la prime 2004 pour HC _____, soit 82 fr. 80, ne peut qu'être confirmé.

E. 11

Enfin, selon le recourant, le montant réclamé ne tiendrait pas compte de la nouvelle prime d'assurance valable dès le mois d'avril 2004 pour son épouse.

A/1087/2005 - 10/12 - Comme il ressort des pièces versées par le recourant, la caisse a effectivement émis, en date du 18 mars 2004, une nouvelle police d'assurance concernant son épouse. Il en ressort que sans le risque accident, sa prime mensuelle s'élevait à 313 fr. dès le 1er avril 2004. C'est par conséquent à tort que la décision querellée a pris en compte une prime mensuelle de 333 fr. pour les mois d'avril et mai 2004. Il apparaît ainsi que le recourant doit le montant de 4913 fr. 20 ($1071 \text{ fr. } 80 \times 3 = 3215 \text{ fr. } 40$ pour les primes de janvier à mars 2004 pour l'ensemble de la famille; 1051.80 pour les primes d'avril 2004 pour l'ensemble de la famille; 333 fr. pour la prime de mai 2004 pour le recourant; 313 fr. pour la prime de mai 2004 pour la femme du recourant) et non 4953 fr. 20 tel que mentionné sur le commandement de payer. A ce montant s'ajoutent 20 fr. de frais de rappel. Le recours sera donc partiellement admis sur ce point.

E. 12

La mainlevée définitive de l'opposition au commandement de payer sera donc prononcée à concurrence de 4913 fr. 20 portant intérêts à 5% dès le 1er janvier 2004, ainsi que de 20 fr. de frais de rappel et 80 fr. 85 de frais de poursuites.

E. 13

Le recours étant très partiellement admis, une indemnité de 500 fr. sera accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG).

A/1087/2005 - 11/12 -