

GE_GERICHTE ATAS/683/2019 vom 29. Juli 2019

GE Cour de justice, 2019-07-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_683_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/683/2019 du 29 juillet 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/683/2019 del 29 luglio 2019

Erwägungen

E. 12

On relèvera enfin que c'est à tort que le recourant considère que le calcul des subsides, dans le cas d'espèce, doit se baser sur le revenu déterminant unifié. En effet, selon l'art. 65 al. 1, 1ère et 2ème phrase, LAMal, les cantons accordent une réduction de primes aux assurés de condition économique modeste. Ils versent directement le montant correspondant aux assureurs concernés. La loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal – J 3 05) régit à son chap. VI (art. 19 ss) les subsides en faveur de certains assurés. Ainsi, l'État de Genève accorde aux assurés de condition économique modeste des subsides destinés à la couverture totale ou partielle des primes de l'assurance-maladie (art. 19 al. 1). Les ayants droit sont, sous réserve d'exceptions ici non pertinentes, les assurés de condition économique modeste, définis selon des limites de revenus, ainsi que les assurés bénéficiaires des prestations complémentaires à l'AVS/AI ou de prestations complémentaires familiales accordées par le SPC (art. 20 al. 1). Le montant des subsides est fixé par le Conseil d'État; il dépend du revenu déterminant (soit celui résultant de la loi sur le revenu déterminant unifié du 19 mai 2005 ; art. 21 al. 2) et des charges de famille assumées par l'assuré; il peut être différent pour les enfants et les adultes; il ne peut être supérieur à la prime de l'assurance obligatoire des soins (art. 22 al. 1, 2 et 5 dans sa teneur en vigueur jusqu'au 26 janvier 2018 ici pertinente). De son côté, la LPC prévoit, à son art. 10 al. 3 let. c et d, que les dépenses reconnues pour le calcul du droit aux prestations complémentaires comprennent les cotisations aux assurances sociales de la Confédération, à l'exclusion des primes d'assurance-maladie, ainsi que le montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins, qui doit correspondre au montant de la prime moyenne cantonale ou régionale pour l'assurance obligatoire des soins (couverture accidents comprise). Cependant, jusqu'au 30 juin 2016, les bénéficiaires de prestations complémentaires à l'AVS/AI avaient 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 (art. 22 al. 6 aLaLAMal). Depuis le 1er juillet 2016 – à la suite d'une modification introduite par la loi 11540 du 18 décembre 2014 adoptée lors de la votation référendaire du 28 février 2016 –, les bénéficiaires d'une prestation annuelle, fédérale et/ou cantonale, complémentaire à l'AVS/AI 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, tandis que les personnes qui ont un excédent de ressources inférieur à la prime moyenne

A/3667/2018 - 15/16 - cantonale ont droit à un subside équivalent à la différence entre la prime moyenne cantonale et l'excédent de ressources. Proposé comme l'une des mesures d'économies dans le cadre de l'élaboration du budget 2015, le projet de loi 11540 visait

notamment à réduire les effets de seuil constatés en matière de droit au subside complet de l'assurance-maladie en cas de droit aux prestations complémentaires, étant précisé que recevaient alors automatiquement un subside complet, correspondant au maximum à la prime moyenne cantonale, non seulement les bénéficiaires de prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, mais aussi les personnes – à l'instar du recourant – qui n'avaient droit à aucune prestation complémentaire lorsque leur excédent de ressources (soit la différence entre leur revenu déterminant et leurs dépenses reconnues) était inférieur à la prime moyenne cantonale. La loi 11540 a visé à réduire le subside d'assurance-maladie à la différence entre la prime moyenne cantonale et l'excédent de ressources pour cette seconde catégorie de personnes (cf. ATAS/692/2017 du 22 août 2017 consid. 2a et 2b). Le système genevois prévoit donc deux types de subsides : – le subside « partiel » d'assurance-maladie qui vise les assurés de condition modeste et qui dépend du revenu déterminant unifié ; – le subside « complet » d'assurance-maladie qui dépend du droit aux prestations complémentaires. Or, en l'espèce, dans la mesure où le recourant a demandé des prestations complémentaires en date du 12 mars 2004, c'est donc dans le cadre de l'examen de son droit à de telles prestations que s'inscrit le subside « complet » litigieux, raison pour laquelle l'intimé n'avait pas à se fonder sur le revenu déterminant unifié (cf. dans ce sens : ATAS/754/2013 du 31 juillet 2013 consid. 5).

E. 13

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 18 septembre 2018 annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Le recourant, représenté par un mandataire professionnellement qualifié, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03] ; ATAS/554/2018 du 31 mai 2018 consid. 14), arrêtée en l'espèce à CHF 1'200.-. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3667/2018 - 16/16 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.