

GE_GERICHTE ATAS/693/2020 vom 26. August 2020

GE Cour de justice, 2020-08-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_693_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/693/2020 du 26 août 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/693/2020 del 26 agosto 2020

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 et 60 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours contre la décision sur opposition du

E. 3

Le litige porte sur la validité de l'affiliation du recourant auprès de l'intimée dès le 1er janvier 2019 pour l'assurance obligatoire des soins.

E. 4

a. Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse. L'art. 3 al. 1 LAMal pose ainsi le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse (ATF 129 V 77 consid. 4; 126 V 265 consid. 3b). b. L'art. 4 LAMal pose le principe du libre choix de l'assureur. Conformément à cette disposition, les personnes tenues de s'assurer choisissent librement parmi les assureurs désignés à l'art. 11 (al. 1). Les assureurs doivent, dans les limites de leur rayon d'activité territorial, accepter toute personne tenue de s'assurer (al. 2). c. Selon l'art. 6 LAMal, les cantons veillent au respect de l'obligation de s'assurer (al. 1). L'autorité désignée par le canton affilié d'office toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile (al. 2). Selon l'art. 4 al. 1 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal - J 3 05), le service de l'assurance-maladie contrôle l'affiliation des assujettis. Selon l'art. 6 LaLAMal, les personnes dont la demande d'affiliation n'a pas été déposée dans les conditions prévues aux art. 3 et 6a LAMal sont affiliées d'office. La sommation demeurée sans effet peut entraîner les sanctions prévues à l'art. 92 LAMal (al. 1). 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 (al. 2). L'affiliation d'office est annulée si elle se révèle injustifiée. L'assuré en supporte les frais s'il est en faute (al. 3).

E. 5

a. Selon l'art. 7 LAMal, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (al. 1). Lors de la

A/243/2020 - 8/11 - communication de la nouvelle prime, il peut changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois. L'assureur doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral de la santé publique au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur (al. 2). Si l'assuré doit changer d'assureur parce qu'il change de résidence ou d'emploi, l'affiliation prend fin au moment du changement de résidence ou de la prise d'emploi auprès d'un nouvel employeur (al. 3). L'affiliation prend fin avec le retrait de l'autorisation de pratiquer conformément à l'art. 13 LAMal lorsque l'assureur cesse, volontairement ou par décision administrative, de pratiquer l'assurance-maladie sociale (al. 4). L'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. Si le nouvel assureur omet de faire cette communication, il doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime. Dès réception de la communication, l'ancien assureur informe l'intéressé de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus (al. 5). Lorsque le changement d'assureur est impossible du fait de l'ancien assureur, celui-ci doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime (al. 6). b. L'art. 7 LAMal règle ainsi les conditions auxquelles un assuré peut changer d'assureur. Par sa nature et ses effets, la possibilité de changer d'assureur prévue à l'art. 7 LAMal s'apparente à une résiliation. La jurisprudence distingue la résiliation ordinaire, intervenant dans les trois mois précédant la fin d'un semestre d'année civile (art. 7 al. 1 LAMal), de la résiliation extraordinaire, qui peut intervenir dans des délais plus courts (ATF 126 V 480 consid. 2c ; 124 V 333 consid. 2a et 2b). En dérogation à l'art. 7 LAMal, qui fixe les conditions de résiliation, l'art. 64a al. 6 LAMal limite le droit de l'assuré de changer d'assurance lorsqu'il est en retard de payer intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite. En d'autres termes, tant qu'un assuré n'est pas à jour avec ses paiements à l'égard de son assurance-maladie, il ne peut changer d'assureur. Enfin, en toute hypothèse, l'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption d'assurance (art. 7 al. 5 LaMal).

E. 6

La couverture d'assurance débute par une demande d'affiliation auprès d'un assureur au sens de la LAMal. La demande d'affiliation est un acte administratif soumis à réception, qui lie l'administré à partir de la réception de la demande par l'assureur (Ulrich MEYER, *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Sozial Sicherheit*, 2ème édition, p. 407, n° 20).

E. 7

Dans la mesure où la loi sur l'assurance-maladie (art. 7 LAMal) exclut qu'un candidat au changement d'assureur puisse se trouver sans couverture d'assurance ou puisse subir une interruption de la protection d'assurance, l'affiliation au premier

A/243/2020 - 9/11 - assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur a communiqué à celui-ci qu'il assurait l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance (ATF 128 V 269 consid. 3b ; arrêt K 155/0 4 ; voir également Ariane Ayer/Béatrice Despland, *Loi fédérale sur l'assurance-maladie*, édition annotée, Genève 2004, p. 59 avec un renvoi à un jugement du Tribunal des assurances du canton de Thurgovie publié dans TVR 1999

p.165).

E. 8

En l'espèce, le recourant, qui était affilié à Assura pour l'assurance-maladie de base, a résilié sa couverture d'assurance auprès de celle-ci avec effet au 31 décembre 2018, puis signé une demande d'affiliation auprès de l'intimée valable dès le 1er janvier 2019. Informée au début du mois de février 2019 par Assura de ce que le recourant n'aurait pas acquitté l'intégralité de ses redevances, l'intimée n'avait d'autre choix que d'annuler l'affiliation du recourant auprès d'elle, l'art. 64a al. 6 LAMal interdisant le changement d'assureur à tout assuré en retard de paiement. L'intimée n'avait pas de raisons de mettre en doute l'information reçue de la part d'Assura, ce d'autant plus que le recourant ne s'est pas manifesté auprès d'elle après avoir reçu le courrier d'Assura du 12 février 2019 pour en contester le contenu. Elle a donc, le 26 février 2019, informé l'assuré de ce qu'elle supprimait rétroactivement la couverture d'assurance qu'il avait conclue auprès d'elle. Le recourant n'a pas réagi à cette missive. Dès qu'elle a été informée par Assura de l'erreur commise par cette dernière, l'intimée a réactivé la police d'assurance qu'elle avait annulée, aux mêmes conditions que celles acceptées par le recourant. En effet, conformément à l'art. 7 al. 5 LAMal, Assura ne pouvait pas accepter la démission du recourant sans recevoir la confirmation, par l'intimée, de ce que le recourant ne souffrirait pas d'interruption d'assurance. Ce faisant, l'intimée n'a aucunement violé le libre choix du recourant de choisir son assureur. Ce dernier avait manifesté sa volonté de ne plus être affilié à Assura en résiliant sa couverture d'assurance auprès de celle-ci, et d'être lié à l'intimée à compter du 1er janvier 2019, aux conditions qu'il avait acceptées et qui ont été réactivées par l'intimée le 30 avril 2019. On ne saurait dès lors considérer qu'elle aurait procédé à son affiliation d'office, l'intimée n'ayant fait que respecter la demande d'affiliation du recourant, qui lie ce dernier. Le recourant n'ayant pas indiqué avoir conclu une couverture auprès d'un autre assureur, l'intimée se devait de réactiver la police d'assurance annulée en raison de l'erreur d'Assura, afin d'assurer au recourant une protection d'assurance sans interruption. Si elle ne l'avait pas fait, le recourant serait resté assuré par Assura, puisque son affiliation auprès de celle-ci n'aurait pas pu prendre fin sans la confirmation, par un autre assureur, qu'il restait assuré sans interruption. On peine enfin à suivre le recourant lorsqu'il allègue qu'il aurait souffert un dommage en raison de cette suite d'événements. Dans sa réplique, il soutient A/243/2020 - 10/11 - qu'après la « résiliation » du contrat par l'intimée, sa franchise était passée de CHF 300.- à CHF 2'500.-. Or, en réactivant la couverture d'assurance avec effet au 1er janvier 2019, l'intimée a justement permis au recourant de bénéficier d'une franchise de CHF 300.- avec effet rétroactif, lui permettant ainsi de se faire rembourser – aux conditions convenues avec l'intimée – d'éventuels soins médicaux qui auraient dépassé ladite franchise durant les premiers mois de 2019. Au vu de ce qui précède, c'est en parfaite conformité avec les dispositions légales précitées que l'intimée a agi dans le cadre de ses relations avec le recourant. Ce dernier est donc bien lié à l'intimée pour l'assurance obligatoire de soins à compter du 1er janvier 2019.

E. 9

Infondé, le recours sera rejeté.

E. 10

Pour le surplus, la procédure est gratuite.

A/243/2020 - 11/11 - 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.