

GE_GERICHTE ATAS/943/2017 vom 24. Oktober 2017

GE Cour de justice, 2017-10-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_943_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/943/2017 du 24 octobre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/943/2017 del 24 ottobre 2017

Erwägungen

E. 1

a. 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 ; cf. aussi art. 36 al. 1 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 - LaLAMal - J 3 05). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA), dans le respect des formes et avec un contenu satisfaisant aux exigences légales (art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10). Étant touché par la décision attaquée et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, le recourant a qualité pour recourir (art. 60 let. a et b et 89A LPA). b. S'il apparaît à ces titres recevable, le recours ne l'est en revanche pas en tant qu'il conclut à la condamnation de l'intimée au paiement de CHF 8'000.-. Le contentieux en matière d'assurance-maladie n'est pas un contentieux sur action, mais sur recours, supposant l'existence d'une décision, même d'une décision sur opposition (art. 56 LPGA). Or, l'intimée n'a pas rendu de décision, ni a fortiori de décision sur opposition sur ladite prétention du recourant.

E. 2

L'objet du recours est la décision sur opposition que l'intimé a rendue le 8 mai 2017, confirmant sa décision initiale du 31 octobre 2016, portant sur les primes d'assurance-maladie (y compris le risque d'accident) dues par le recourant pour les mois de juillet à décembre 2016, ayant fait antérieurement l'objet de factures, et les frais administratifs mis à la charge du recourant.

E. 3

a. Selon la LAMal, les cantons accordent une réduction de primes aux assurés de condition économique modeste ; ils versent directement le montant correspondant

A/2506/2017 - 6/11 - aux assureurs concernés (art. 65 al. 1 phr. 1 et 2). La Confédération accorde aux cantons des subsides annuels destinés à réduire les primes au sens notamment de la disposition précitée (art. 66). La LaLAMal 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'Etat ; il dépend du revenu déterminant 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). 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). b. 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 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

A/2506/2017 - 7/11 - la différence entre leur revenu déterminant et leurs dépenses reconnues) était inférieur à la prime moyenne cantonale. La loi 11540 a visé à et eu pour effet de 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. Chargé de déterminer par règlement les conditions d'application de l'art. 22 al. 6 LaLAMal (art. 22 al. 9 LaLMAL), le Conseil d'Etat a modifié le règlement d'exécution de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 15 décembre 1997 (RaLAMal - J 3 05.01), le 1er juin 2016 dès le 1er juillet 2016, en particulier par l'adoption de l'art. 11A. c. C'est le SAM qui est chargé du versement des subsides destinés à la réduction des primes (art. 19 al. 3 phr. 1 LaLAMal). Selon l'art. 23 LaLAMal, traitant de la procédure d'attribution des subsides et attestation, l'administration fiscale cantonale transmet au SAM, sur support informatique, une liste des contribuables dont les ressources sont comprises dans les limites de revenu déterminantes, établie sur la base de la dernière taxation (al. 1). Le SAM 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 (al. 3). Il adresse à chaque bénéficiaire une attestation, qui présente le montant du subside accordé, la date à partir de laquelle le droit au subside prend naissance et le nom de l'assureur (al. 4 phr. 1 et 2). La compétence de calculer les subsides de l'assurance-maladie revient au SAM. Depuis le 1er juillet 2016, les montants des subsides de l'assurance-maladie ne sont plus

mentionnés dans les décisions rendues par le SPC.

E. 4

a. En l'espèce, il est établi – en particulier confirmé par le SAM – que le subside mensuel alloué en faveur du recourant a baissé de CHF 520.40 à CHF 30.- dès le 1er juillet 2016 et a été maintenu à CHF 30.- durant toute la période ici litigieuse (et même au-delà de cette dernière, en tout état jusqu'au 30 juin 2017). Jusqu'au 30 juin 2016, le subside d'assurance-maladie versé au recourant couvrait l'intégralité de sa prime d'assurance-maladie (y compris le risque d'accident). Compte tenu de la diminution dudit subside, ne dépendant aucunement d'elle, l'intimée devait réclamer au recourant le paiement de la différence entre le montant de sa prime et celui de son subside d'assurance-maladie. Tel a été l'objet (principal) des factures de primes qu'elle lui a adressées pour ces six mois, ainsi que de la décision formelle initiale du 31 octobre 2016 et de la décision sur opposition du 8 mai 2017. Le recourant ne le conteste d'ailleurs pas sur le plan du principe (sous réserve de la question, évoquée plus loin, de la compensation de sa dette avec une prétendue créance de sa part de quelque CHF 8'000.-). b. Il s'avère, à teneur du certificat d'assurance 2016 et de façon non contestée par le recourant, que sa prime mensuelle était de CHF 520.40 (y compris CHF 36.40 pour la couverture du risque d'accident), dont à déduire CHF 5.20 au titre de la

A/2506/2017 - 8/11 - redistribution du produit des taxes environnementales, ainsi que, le cas échéant, le subside d'assurance-maladie versé directement à l'assurance. Si le recourant ne conteste pas la décision attaquée sous cet angle, il n'en faut pas moins relever d'office (art. 19 et 76 LPA) que pour les mois de juillet à septembre 2016, l'intimé lui a facturé un montant mensuel de CHF 490.40, représentant la différence entre le montant mensuel de sa prime (CHF 520.40 – CHF 30.-), alors que pour les mois d'octobre à décembre 2016 il lui a facturé un montant mensuel de CHF 485.20. La différence tient à la déduction supplémentaire de CHF 5.20 (faite pour les mois d'octobre à décembre 2016, mais pas pour ceux de juillet à septembre 2016) des taxes fédérales au titre de la redistribution du produit des taxes environnementales (COV et CO2) à la population, comme contribution à la promotion de la santé (art. 19 s. LAMal). Or, selon le certificat d'assurance 2016, le montant de la prime mensuelle « à la charge » de l'assuré était de CHF 515.20 (et non CHF 520.40), déduction faite et à faire des dites taxes fédérales. Le « print screen de l'assureur relatif aux subsides » versé au dossier par l'intimé (pièce 3) fait d'ailleurs bien état, pour la période du 1er juillet au 31 décembre 2016, d'un montant de CHF 485.20, déductions faites d'un subside d'assurance-maladie de CHF 30.- et de CHF 5.20 de taxes environnementales. La chambre de céans corrigera l'erreur manifeste affectant la décision attaquée sur ce point, en réduisant de CHF 15.60 (3 x CHF 5.20) le montant réclamé au titre des primes dues par le recourant pour le second semestre 2016, qui sera donc ramené à CHF 2'911.20.

E. 5

a. Le recourant conteste les frais administratifs lui ayant été facturés, à savoir – à teneur du dossier – CHF 10.- de frais de rappel le 18 octobre 2016 pour le rappel des primes impayées de juillet à septembre 2016, ainsi que CHF 30.- de frais de sommation le 18 janvier 2017 pour la sommation des mêmes primes impayées. b. Selon l'art. 64a LAMal, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins un rappel écrit ; il lui impartit un délai de 30 jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement (al. 1). Si, malgré la sommation,

l'assuré ne paie pas dans le délai imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites (al. 2 phr. 1). L'art. 105b al. 1 phr. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102) précise que l'assureur envoie la sommation en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts dans les trois mois qui suivent leur exigibilité (al. 1 phr. 1). En l'espèce, le recourant ne conteste pas n'avoir pas payé, à hauteur du montant dû (même ramené à CHF 1'455.60, plutôt que fixé à CHF 1'471.20), les primes mensuelles de juillet à septembre 2016, pour lesquelles l'intimée lui a adressé, ainsi qu'elle le devait, le rappel du 18 octobre 2016 et la sommation du 18 janvier 2017. c. Selon l'art. 105b al. 2 OAMal, lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement effectué à temps, l'assureur peut

A/2506/2017 - 9/11 - percevoir des frais administratifs d'un montant approprié, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré. Selon les dispositions d'exécution complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal – constituant les conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) de l'intimé – en vigueur en 2016 (édition 01.04.2016), année concernée par les prétentions contestées, comme d'ailleurs l'édition précédente (au 01.01.2011), l'assuré paie ses primes à l'avance ; les primes, les franchises et les quotes-parts sont payables à l'échéance indiquée sur la facture (art. 3 ch. 1 al. 1 et 2 phr. 1 CGA). Passé ce délai – précise l'art. 3 ch. 1 al. 2 phr. 2 CGA –, l'assureur peut percevoir un intérêt moratoire ainsi que des frais administratifs, notamment pour établir des rappels, des sommations et engager des poursuites. La ratio legis de ces dispositions est évidente. Le défaut de paiement à temps des primes, franchises et participations génère pour l'assureur un travail, par l'envoi d'au moins un rappel et d'une sommation par facture impayée, travail dont il n'appartient ni à l'assureur, ni à la communauté des assurés d'assumer les coûts. Comme le Tribunal fédéral l'a indiqué dans un arrêt du 4 février 2016 statuant sur les recours 9C_870/2015 à 9C_874/2015, au consid. 4.1, les frais susceptibles d'être perçus dans cette hypothèse sont laissés à l'appréciation de l'assureur dans les limites résultant du principe de l'équivalence, selon lequel le montant d'un émolument doit se trouver en adéquation et dans un rapport raisonnable avec la valeur de la prestation fournie. Il n'y a pas lieu de déduire de l'ATF 125 V 276 consid. 2c/bb et 2c/cc, que cite le recourant et dont le Tribunal fédéral fait mention dans son arrêt précité du 4 février 2016, que le montant même des frais considérés doit être fixé dans les dispositions générales sur les droits et obligations des assurés ; il suffit que ces dernières en prévoient le principe, étant précisé que le montant perçu peut être contrôlé par l'application du principe de l'équivalence. La chambre de céans a déjà jugé qu'une disposition comparable à l'art. 3 ch. 1 al. 2 phr. 2 CGA, concernant au demeurant la même intimée qu'en l'espèce, répondait à cette exigence minimale (ATAS/342/2015 du 7 mai 2015 consid. 6 ; cf. aussi ATAS/958/2013 du 30 septembre 2013 consid. 6). Au demeurant, en l'espèce, l'intimée avait joint à ses décisions précitées des 18 octobre 2016 et 18 janvier 2017 un extrait des dispositions de la LAMal et de l'OAMal relatives à ces questions de frais et l'indication de leur montant (en particulier CHF 10.- pour un rappel et CHF 30.- pour une sommation), tel qu'ils résultent, a-t-elle précisé, de l'édition au 01.04.2016 de ses CGA. d. Le recourant prétend à tort qu'il ne serait pas lié par les CGA invoquées par l'intimée, faute de les avoir signées. Or, non seulement les conditions générales d'assurance applicables, ainsi que leurs modifications doivent, au degré de vraisemblance prépondérante, lui avoir été communiquées tant lors de son adhésion à l'assurance qu'à l'occasion de leurs modifications et, au surplus avoir été en tout temps à sa disposition, mais

encore – ainsi que cela a été établi dans la cause

A/2506/2017 - 10/11 - A/1766/2016 tranchée par l'ATAS/663/2017 – le recourant avait signé une déclaration d'adhésion le 13 octobre 2003 qui comportait explicitement la confirmation qu'il avait alors reçu « un exemplaire des conditions générales d'assurance et des conditions particulières de l'assureur ». Point n'est besoin, pour qu'elles soient opposables à l'assuré, que les CGA elles-mêmes soient signées par l'assuré, ni leurs modifications successives. e. Des frais de rappel de CHF 10.- et de CHF 30.- sont manifestement en adéquation et dans un rapport raisonnable avec les prestations que l'intimée a dû fournir pour établir et envoyer respectivement le rappel et la sommation considérés en l'espèce. Aussi est-ce à bon droit que l'intimée les a facturés au recourant et que la décision attaquée confirme qu'il en est débiteur.

E. 6

Le recourant invoque la compensation avec une créance d'à tout le moins CHF 8'000.- qu'il aurait à l'encontre de l'intimé, résultant de la perception selon lui indue de divers frais durant toute sa période d'affiliation à l'intimée. La créance invoquée par le recourant n'est cependant établie ni dans son principe ni dans son montant. La solution que retient en l'espèce la chambre de céans s'agissant des frais ici considérés tend au contraire à en nier l'existence. Il faut donc rejeter toute extinction par compensation de la dette faisant l'objet de la présente procédure, faute déjà de créance compensatoire dûment établie, sans même examiner si, dans l'hypothèse contraire, une telle compensation serait admissible, ce que l'intimé conteste en se référant à l'art. 105c OAMal (prévoyant que l'assureur ne peut pas compenser les prestations avec des primes ou des participations aux coûts qui lui sont dues) et « la jurisprudence fédérale applicable ».

E. 7

a. Le recours doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité, sous la réserve de la correction de l'erreur manifeste affectant le montant des primes dues par le recourant (cf. consid. 4b). b.. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). Il n'y a pas lieu à allocation d'une indemnité de procédure, ni au recourant, vu l'issue donnée au recours (art. 61 let. g LPGA), ni à l'intimée en tant qu'assureur social (Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3ème éd., 2015, n. 199 s. ad art. 61).

* * * * *

A/2506/2017 - 11/11 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

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