

GE_GERICHTE A/2572/2013 vom 15. Januar 2014

GE Cour de justice, 2014-01-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2572_2013

FR: GE_GERICHTE A/2572/2013 du 15 janvier 2014

IT: GE_GERICHTE A/2572/2013 del 15 gennaio 2014

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur J _____, domicilié au LIGNON recourant contre CONCORDIA - ASSURANCE SUISSE DE MALADIE ET ACCIDENTS SA, siège principal, Service juridique, sise Bundesplatz 15, LUZERN intimée EN FAIT 1. Monsieur J _____ était assuré en 2012 auprès de la caisse-maladie CONCORDIA (ci-après : la Caisse) pour l'assurance obligatoire des soins. Sa prime d'assurance-maladie, avec la couverture d'accidents et une franchise de 300 fr., était de 497 fr. 80 par mois. 2. Le 24 septembre 2012, la Caisse a sommé l'assuré de payer la somme de 570 fr. 25 dans un délai de 30 jours. Cette somme est composée des primes d'assurance-maladie pour 2012 moins le subside, et de la participation aux coûts de 430 fr. 25, des frais de rappel de 40 fr. et de frais de traitement du dossier de 100 fr. 3. Le 11 janvier 2013, la Caisse a fait notifier à l'assuré un commandement de payer, poursuite n° _____, portant sur le montant de 570 fr. 25, commandement de payer contre lequel l'assuré a formé opposition. 4. Par décision du 4 février 2013, la Caisse a levé l'opposition à son commandement de payer. 5. Le 8 août 2013, l'assuré a formé opposition à cette décision de mainlevée, en faisant valoir qu'une décision devait avoir été notifiée sous pli recommandé et porter une signature lisible. Il a par ailleurs dénié à l'assureur-maladie la compétence de lever une opposition à un commandement de payer. Sur le fond, il a relevé que ses revenus n'étaient composés que d'une rente d'invalidité de 1'100 fr. par mois, d'une rente de l'assureur-accidents de 948 fr. 75 et de prestations complémentaires de 293 fr. Cela étant, il ne se considérait pas obligé de payer ses frais de maladie. 6. Par décision du 16 juillet 2013, la Caisse a rejeté l'opposition au motif que le recourant ne s'était pas acquitté de la participation aux coûts de 12 fr. 65, ainsi que des primes pour 2012 de 417 fr. 60. Les caisses-maladie étaient par ailleurs habilitées à prononcer des mainlevées d'opposition, selon la jurisprudence. Il n'était pas non plus nécessaire que les décisions soient signées ni qu'elles soient notifiées sous pli recommandé. Il était enfin inexact que le bénéficiaire de rentes d'invalidité de l'assurance-invalidité et de l'assureur-accidents, ainsi que de prestations complémentaires ne devait pas participer aux coûts médicaux. A cet égard, elle a relevé que l'assuré devait requérir lui-même le remboursement d'éventuels frais médicaux auprès du Service des prestations complémentaires. La loi permettait aussi à l'intimée de réclamer les frais de rappel et d'encaissement, ainsi que de poursuite. 7. Par acte posté le 14 août 2013, l'assuré a recouru contre cette décision en concluant implicitement à son annulation. Il a maintenu que la décision du 4 février 2013 n'était pas valable, n'ayant pas été signée lisiblement et les caisses-maladie n'ayant pas le pouvoir de prononcer des mainlevées d'opposition. Par ailleurs, au vu de ses revenus, il n'était pas en mesure de payer ses frais de maladie et primes d'assurance. Enfin, il a contesté une décision de l'intimée mettant fin au remboursement des consultations en dermatologie et en

urologie.![endif]>![if> 8. Dans sa réponse du 12 septembre 2013, l'intimée a conclu au rejet du recours, pour autant qu'il fût recevable, en reprenant ses précédents arguments. En ce que le recourant mettait en cause les prestations d'assurance concernant les consultations en dermatologie et en urologie, il sortait de l'objet du litige.![endif]>![if> 9. Le 20 novembre 2013, l'intimée a fait parvenir à la Chambre de céans son règlement d'assurance, sur lequel le recourant a renoncé à se déterminer.![endif]>![if> 10. Après que le recourant a produit une attestation du 5 décembre 2013 du docteur L._____ concernant ses différentes maladies et les prestations d'assurance, l'intimée a précisé le 12 décembre 2013 que la décision querellée portait uniquement sur les primes et participations échues.![endif]>![if> 11. Sur ce, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1 er janvier 2011, 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).![endif]>![if> 3. L'objet du litige est la question de savoir si l'intimée est fondée à réclamer au recourant le solde des primes d'assurance maladie pour 2012 de 417 fr. 60 et la participation au coût de 12 fr. 65, ainsi que les frais de rappel, d'encaissement et de poursuite. Quant aux consultations en dermatologie et en urologie dont le recourant a fait état, elles ne sont pas concernées par la décision dont est recours. Par conséquent, la prise en charge de ces consultations sort du cadre du présent litige.![endif]>![if> 4. En premier lieu se pose la question de la validité de la décision initiale du 4 février 2013, le recourant faisant valoir qu'une décision doit être signée lisiblement.![endif]>![if> a. Les art. 49 al. 1 LPGA et 34 al. 1 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA; RS 172.021) stipulent que les assureurs notifient leurs décisions par écrit. Cela implique que les décisions administratives soient motivées, et qu'elles indiquent les voies ordinaires et délais de recours (art. 34, 35 PA et 52 al. 2 LPGA). La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (art. 49 al. 3 LPGA), sous peine d'être considérée comme nulle (François BELLANGER, in *Éléments de procédure administrative*, p.68 ss). Si le Tribunal fédéral des assurances, dans une jurisprudence ancienne, a jugé que la loi n'ordonnait pas qu'une décision administrative - bien que devant revêtir la forme écrite - soit signée, il n'en demeurait pas moins que cette règle ne trouvait application que dans le cas de décisions dites de "masse", telles que les radiations des mauvais payeurs en assurance-maladie (ATF 96 V 13) et non en cas de décision individuelle et concrète. Depuis lors, le Tribunal fédéral a néanmoins eu l'occasion de préciser, qu'en matière d'assurances sociales, les règles de droit privé relatives à la forme écrite ne sont pas applicables par analogie au rapport de droit public entre l'assureur et l'assuré (ATF 108 V 232 , consid. 2b p. 233 ss.; ATF 105 V 248 et les références). Il ressort de ce qui précède que la décision de l'intimée était également valable sans signature. En effet, l'art. 49 al. 1 LPGA prescrit uniquement que les décisions doivent être notifiées par écrit. De surcroît, le recourant a pu s'opposer à la décision précitée en recourant dans les délai et forme imposés, de sorte qu'il n'a subi aucun préjudice de ce fait au sens de l'art. 49 al. 3 LPGA.

5. Le recourant reproche en outre à l'intimée de ne pas avoir notifié la décision du 4 février 2013 sous pli recommandé. Ce grief est également infondé, dans la mesure où aucune loi applicable en l'espèce ne contient des prescriptions

relatives à la forme de la notification. La décision de l'assureur-maladie peut ainsi être notifiée sous pli simple, sous réserve de la preuve de sa réception.!

Contrairement à ce que le recourant soutient, les assureurs-maladie sont aussi habilités à prononcer la mainlevée aux oppositions formées aux commandements de payer qu'ils ont fait notifier à leurs assurés, selon la jurisprudence en la matière (ATF 121 V 110).

Quant à l'obligation de payer les primes et les participations aux coûts, elle résulte des art. 61 et 64 LAMal. Le financement de l'assurance-maladie sociale repose sur les assurés et les pouvoirs publics. Il dépend donc étroitement de l'exécution de leurs obligations pécuniaires par les assurés. Ces derniers sont ainsi légalement tenus de s'acquitter du paiement des primes (art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (art. 64 LAMal). Respectivement, les assureurs ne sont pas libres de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts. Au contraire et au regard des principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale (art. 13 al. 2 let. a LAMal), ils sont tenus de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés par la voie de l'exécution forcée selon la LP. La procédure d'octroi du subside destiné à la couverture totale ou partielle des primes de l'assurance-maladie relève exclusivement du droit cantonal. Lorsqu'il octroie un subside destiné à la réduction des primes d'assurance-maladie, le canton se substitue, totalement ou partiellement, à l'assuré pour le paiement de ses primes. Dès que le droit au subside prend fin, l'assuré redevient débiteur du montant total de la prime fixé par l'assureur (art. 61 al. 1 LAMal).

a. Le recourant ne conteste pas le montant de la prime et de la participation aux coûts ni allègue l'avoir versé dans son intégralité. La prétention est donc en principe fondée.

b. Il est vrai que la prime d'assurance-maladie est généralement prise en charge par le Service d'assurance-maladie (SAM) pour les bénéficiaires des prestations complémentaires. Toutefois, la limite du subside est la prime moyenne des primes d'assurance-maladie dans le canton (art. 10 al. 3 let. d de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI du 6 octobre 2006; loi sur les prestations complémentaires, LPC - RS 831.30). Or, le montant maximum de la prime moyenne dans le canton était de 5'400 fr., selon l'art. 4 de l'ordonnance du DFI relative aux primes moyennes 2012 de l'assurance obligatoire des soins pour le calcul des prestations complémentaires (RS 831.309.1). Dès lors que la prime de la CONCORDIA dépassait cette somme, elle n'a pas été prise en charge par le SPC dans sa totalité et il appartient ainsi au recourant d'assumer le solde de la prime. Le recourant aurait donc intérêt à changer de caisse-maladie, afin de s'assurer auprès d'une caisse dont les primes ne dépassent pas la prime moyenne du canton de Genève. Toutefois, cela paraît difficile, tant que le recourant n'a pas payé les arriérés de primes, dès lors qu'aux termes de l'art. 64a al. 6 LAMal, « (...) l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite ». Cependant, dès lors que chaque année le recourant est mis en poursuite par l'intimée pour le solde de la prime non pris en charge par le SPC, comme cela ressort du dossier transmis par le recourant, les parties auraient intérêt à trouver une solution, afin de sortir de ce cercle vicieux et de permettre au recourant de passer dans une caisse moins chère.

b. En ce qui concerne la participation aux coûts, le SPC prend également en charge tous les frais médicaux à la charge des bénéficiaires de prestations complémentaires. Toutefois, l'assuré doit transmettre au SPC les décomptes y relatifs pour remboursement. Il n'en demeure pas moins que l'assuré reste le débiteur de la participation aux coûts à l'égard de la caisse-maladie. Cela étant, il est également

incontestable que le recourant est tenu de verser à l'intimée la somme de 12 fr. 65. 9. Reste à examiner si l'intimée est en droit de mettre à la charge de l'assuré les frais de rappel et d'encaissement. L'art. 20.5 du règlement relatif à l'assurance obligatoire des soins de l'intimée prévoit expressément que celle-ci peut mettre à la charge de l'assuré les frais de poursuite et, dans une mesure appropriée, des frais de traitement, notamment des frais de sommation ainsi que des frais d'administration pour l'encaissement. En l'occurrence, l'intimée a réclamé au recourant des frais de rappel de 40 fr. et des frais de traitement de 100 fr. Ces montants doivent être considérés comme appropriés, de sorte qu'ils sont également dus, en sus des frais de poursuite, du solde de la prime 2012 et de la participation aux coûts. 10. Il résulte de ce qui précède que la créance de l'intimée est fondée. Le recours sera par conséquent rejeté. 11. La procédure est gratuite. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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