

GE_GERICHTE A/4597/2008 vom 29. Januar 2009

GE Cour de justice, 2009-01-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4597_2008

FR: GE_GERICHTE A/4597/2008 du 29 janvier 2009

IT: GE_GERICHTE A/4597/2008 del 29 gennaio 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 29.01.2009
A/4597/2008

A/4597/2008 ATAS/90/2009 du 29.01.2009 (LAMAL) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4597/2008
ATAS/90/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 3 du 29 janvier 2009 En la cause Monsieur G _____, domicilié à Onex
recourant contre ASSURA ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENT, Service juridique,
C.-F. Ramuz 70, 1009 PULLY intimée EN FAIT Monsieur G _____ est affilié auprès
d'ASSURA, ASSURANCE-MALADIE ET ACCIDENTS (ci-après : l'assurance) pour
l'assurance obligatoire des soins depuis 2000. En 2008, il était au bénéfice d'une assurance
obligatoire des soins, risque accidents non incluse, avec franchise de 2'500 fr. Le 16 mai
2008, l'assurance lui a adressé un premier rappel concernant le montant de 295 fr. 40,
représentant les primes des mois d'avril et mai 2008 (2 x 142 fr. 70) et les frais de rappel
(10 fr.). Le 18 juin 2008, l'assurance lui a adressé un autre rappel concernant le montant de
152 fr. 70, représentant la prime du mois de juin 2008 (142 fr. 70) et les frais de rappel (10
fr.). Le 27 juin 2008, l'assurance a adressé à l'intéressé une mise en demeure pour le
montant de 478 fr. 10, représentant les primes des mois d'avril, mai et juin 2008, les frais de
rappel ainsi que 30 fr. de frais de sommation. Sans nouvelles de l'assuré, l'assurance a
déposé une réquisition de poursuite auprès de l'OFFICE DES POURSUITES ET DES
FAILLITES le 31 juillet 2008 pour un montant total de 478 fr. 10. Le 14 août 2008, un
commandement de payer a été notifié à l'assuré. L'assuré y a fait opposition le jour même.
Par décision du 30 septembre 2008, l'assurance a prononcé la mainlevée de l'opposition à
concurrence de 508 fr. 10. L'assuré a formé opposition à cette décision par courrier du 10
octobre 2008 en alléguant que le montant qui lui était réclamé était « douteux » et en
réclamant des « preuves ». Il s'est par ailleurs étonné que la décision du 30 septembre 2008
mentionne un montant de 508 fr. 10, lequel ne correspondait pas à celui indiqué dans le
commandement de payer. Enfin, il a demandé à connaître le mode de calcul des primes. Par
décision sur opposition du 2 décembre 2008, l'assurance a confirmé la mainlevée de
l'opposition. En premier lieu, elle a expliqué qu'au montant de 478 fr. 10 mentionné dans le
commandement de payer avait été ajouté celui de 30 fr. correspondant à l'avance qu'elle
avait dû verser à l'OFFICE DES POURSUITES ET FAILLITES. Elle a souligné à cet
égard que le commandement de payer mentionnait clairement que les frais s'ajouteraient à
la créance, ce qui était conforme aux dispositions légales. En second lieu, s'agissant de
l'intérêt de 5% mentionné, l'assurance a indiqué les dispositions légales sur la base
desquelles cet intérêt était exigible. Enfin, s'agissant du calcul des primes, l'assurance a
renvoyé l'assuré à son site internet, sur lequel se trouvent à disposition le rapport de gestion
de l'année 2007, et le bilan au 31 décembre 2007. Elle a fait remarquer que les primes
avaient par ailleurs été avalisées par l'OFFICE FEDERAL DE LA SANTE PUBLIQUE à

l'issue de la procédure de contrôle. Par courrier du 9 décembre 2008, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il allègue une fois de plus que le montant de 478 fr. 10 et l'intérêt de 5% qui lui sont réclamés sont « douteux » et exige des « preuves matérielles, documentées et les documents originaux ». Il s'étonne du montant de 508 fr. 10 et exige qu'on lui explique comment il a été établi. Il demande par ailleurs que le calcul des primes lui soit expliqué. Enfin, il conteste l'obligation de l'assurer et invoque la constitution et sa liberté de ne pas s'affilier à « cette assurance-maladie, qui exige la solidarité des biens portants en faveur des mal-portants ». Invité à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 30 décembre 2008, a conclu au rejet du recours. Elle reprend la motivation de sa décision sur opposition, mentionne la disposition légale sur laquelle elle s'est basée pour réclamer des frais de rappel et de mise en demeure et rappelle la jurisprudence constante selon laquelle les libertés constitutionnelles de croyance et de conscience, ainsi que la liberté d'opinion et la liberté économique ne sont pas violés par l'introduction de l'obligation d'assurance. A cet égard, l'assurance fait remarquer au surplus que l'assuré a lui-même fixé le montant de sa franchise à 2'500 fr. et signé une proposition d'assurance en date du 6 août 2008, ce qui lui semble peu compatible avec ses arguments. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 29 janvier 2009 à laquelle l'intimée n'a pu se présenter mais s'est excusée. Le recourant a expliqué à cette occasion que, contraint par la loi de s'assurer, il s'est d'abord affilié chez VISANA puis ASSURA et a choisi la franchise la plus élevée. Il a informé le Tribunal de céans qu'il ne paie plus ses primes depuis 2004 déjà et que les poursuites engagées à son encontre se sont soldées par des actes de défaut de biens. Le recourant a indiqué contester principalement l'obligation de s'assurer. S'agissant du grief fait à l'intimée de ne pas lui avoir expliqué en quoi consistait le montant qui lui était réclamé et sur la base de quelles dispositions légales il l'était, le recourant a convenu que l'intimée avait donné des explications approfondies tant dans ses décisions que dans sa réponse au recours de sorte qu'il pouvait « difficilement maintenir [son] argumentation sur ce point ». Il a en revanche maintenu sa contestation du calcul des primes de l'année 2008, alléguant que ce calcul lui paraissait « louche ». Sur ce, copie du procès-verbal de l'audience a été adressée à l'intimée et la cause gardée à juger. EN DROIT 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) 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. Le recours, interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, est recevable. a) Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 125 V 271 consid. 5b). Aussi bien l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse. L'art. 1 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal) précise que les personnes domiciliées en Suisse au sens des art. 23 à 26 du code civil suisse sont tenues de s'assurer, tout comme les ressortissants étrangers qui disposent d'une autorisation de séjour au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 26 mars 1931 sur le séjour et l'établissement des étrangers (LSEE), valable au moins trois mois (art. 1 al. 2 let. a OAMal). Les art. 2 à 6 OAMal énumèrent les cas d'exemption de l'obligation de s'assurer. b) En l'espèce, il est constant que le recourant, domicilié en Suisse, est soumis à l'assurance obligatoire conformément à l'art. 3 al. 1 LAMal et qu'il ne fait pas partie du cercle des personnes visées aux art. 2 à 6 OAMal. L'argumentation du recourant pour sortir du système de l'affiliation obligatoire à

l'assurance-maladie est vaine, car le juge cantonal, comme le Tribunal fédéral des assurances l'a jugé dans un recours similaire au cas d'espèce (ATFA du 5 septembre 2000 en la cause K 120/00) est tenu d'appliquer les lois fédérales (art. 191 Cst. ; cf. 113 al. 3 et art. 114bis al. 3a Cst.). Les assureurs doivent faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières de l'assuré (paiement de primes selon les art. 61ss. LAMal et des participations selon l'art. 64 LAMal) par la voie de l'exécution forcée selon la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite du 11 avril 1889 (LP) ou par celle de la compensation (message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 124 d art. 4). En l'espèce, le recourant ne conteste pas ne pas s'être acquitté des montants réclamés. Il n'en conteste d'ailleurs plus le montant, ce dernier ayant à plusieurs reprises été détaillé de manière approfondie par l'intimée. S'agissant des frais de rappel et de mise en demeure, il suffira de confirmer qu'ainsi que l'a expliqué l'intimée, ils sont prévus par l'art. 105b al. 3 OAMal. Aux termes de cette disposition, lorsque l'assuré a causé, par sa faute, des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement en temps opportun, l'assureur peut percevoir, dans une mesure appropriée, des frais administratifs si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré. Tel est le cas en l'espèce (cf. point 17.1 des conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal de l'intimée). Quant à l'intérêt, de 5% par année, il ressort de l'art. 26 al. 2 LPGA. Par ailleurs, l'art. 68 al. 1 de la loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP) prévoit expressément que les frais de poursuite sont à la charge du débiteur, même si le créancier en fait l'avance. Enfin, le grief du recourant portant sur le calcul des primes d'assurance est irrecevable pour cause de tardiveté. Il sied de rappeler qu'aux termes de l'art. 7, al. 2 LAMal, la caisse doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'OFSP, au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur. Force est de constater que le recourant n'a pas saisi en temps utile l'opportunité qui lui était donnée de contester la légitimité de cette hausse. Eu égard à ce qui précède, il apparaît que les primes des mois d'avril, mai et juin 2008 restent dues et que la caisse était incontestablement en droit de poursuivre le recourant pour les montants des primes impayées ainsi que pour les frais de poursuite et de sommation (ATF 125 V 276). En conséquence, le recours est rejeté. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant Rejette le recours dans la mesure où il est recevable. Prononce la mainlevée définitive de l'opposition au commandement de payer. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Yaël BENZ La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le