

GE_GERICHTE A/3438/2019 vom 15. März 2021

GE Cour de justice, 2021-03-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3438_2019

FR: GE_GERICHTE A/3438/2019 du 15 mars 2021

IT: GE_GERICHTE A/3438/2019 del 15 marzo 2021

Erwägungen

E. 10

novembre 2015. En tout état, il ne pouvait se prévaloir de la protection de la bonne foi, car elle ne lui avait jamais indiqué qu'il quitterait le cercle de ses assurés même s'il ne concluait pas d'autre assurance dès le 1^{er} janvier 2013. La conclusion d'une nouvelle police auprès d'une autre compagnie ne relevait pas de sa compétence à elle et l'obligation de l'assureur-maladie se limitait à devoir continuer à assurer un assuré qui ne concluait pas d'autre police après la résiliation. Le recourant n'avait pas pris de dispositions auxquelles il ne pouvait renoncer sans préjudice, étant relevé qu'il n'y avait rien d'extraordinaire à ce qu'il s'acquitte des primes relatives à l'AOS. Enfin, c'était à la demande du recourant qu'elle l'avait réintégré parmi ses assurés. 49. Par réplique du 15 novembre 2019, le recourant a persisté dans son recours. Il a maintenu que l'intimée avait violé son devoir d'information en ne lui indiquant pas qu'il devait avoir un nouvel assureur au 31 décembre 2012 pour changer d'assurance au 1^{er} janvier 2013, et l'avait empêché de changer d'assureur pour cette date. En outre, il ressortait de l'arrêt de la chambre de céans du 29 octobre 2019 que la KPT l'avait affilié rétroactivement au « 1^{er} juin 2013 », croyant - à tort - que l'intimée l'avait libéré à cette date. Il en résultait donc que si la KPT avait su qu'il avait été libéré au 1^{er} janvier 2013, elle l'aurait affilié à cette date. Il convenait donc de considérer qu'il n'avait pas pu s'assurer par la faute de l'intimée. 50. Dans sa duplique du 20 janvier 2020, l'intimée a également persisté. Elle a relevé que le recourant n'avait produit aucune pièce attestant qu'une compagnie aurait refusé de l'assurer au motif qu'il était toujours affilié auprès d'elle et n'expliquait pas les motifs pour lesquels il n'avait pas pu s'assurer auprès de la KPT. Il résultait du courrier du 3 avril 2014 que cette compagnie était au courant qu'il ne faisait plus partie de ses assurés depuis le 31 décembre 2012 et qu'elle était disposée à l'assurer rétroactivement au 1^{er} janvier 2013 pour l'AOS. Le formulaire du 8 mars 2014 signé par le recourant mentionnait un début d'assurance au 1^{er} avril 2014 et l'absence d'assurance. Il apparaissait donc que la KPT n'avait pas cru que le recourant n'avait pas d'AOS et que c'était dans ce contexte qu'il avait sollicité une attestation de sortie depuis le mois de juin 2013. De sérieux doutes pouvaient être nourris quant à la bonne foi de l'intéressé, qui avait initialement essayé de se faire assurer auprès de la KPT dès le 1^{er} avril 2014, puis avait tenté d'obtenir une attestation de fin de l'assurance-obligatoire dès le mois de juin 2013. Enfin, il avait lui-même demandé le 10 septembre 2015 de s'assurer auprès d'elle. 51. Le 5 février 2020, le recourant a produit un courrier de la KPT qui, selon lui, affirmait clairement que c'était « suite à un courrier du Groupe Mutuel du 8 mars 2013, dans lequel cet assureur [lui] donnait un délai au 18 mars 2013 pour s'affilier, et suite à une attestation de ce même Groupe Mutuel selon laquelle [il] n'a finalement pas été affilié auprès de cette compagnie, vraisemblablement pour ne pas avoir répondu au courrier du 8 mars 2013 de ladite assurance, que KPT a finalement refusé [son] affiliation ». Il en a conclu que la KPT avait clairement refusé de l'assurer « parce qu'il était toujours affilié » chez l'intimée, « puisque le

Groupe Mutuel ne l'a finalement pas affilié au début 2013 ». En outre, si l'intimée considérait que l'attestation de 2012 était suffisante pour lui permettre d'être affilié dans une nouvelle compagnie dès janvier 2013, elle reconnaissait elle-même qu'il était valablement désaffilié au 31 décembre 2012 et ne saurait donc lui réclamer des arriérés de primes du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2015 « sachant qu'il n'était alors plus affilié chez elle ». Enfin, les dernières primes réclamées par l'intimée dataient de 2015. Or, le droit à des cotisations arriérées s'éteignait cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée. Il s'agissait d'un délai de péremption qui ne pouvait être ni interrompu, ni suspendu, ni restitué. Le recourant a communiqué les pièces suivantes : - un courrier du 8 mars 2013 du Groupe Mutuel lui rappelant qu'une demande d'informations lui avait été adressée les 1^{er} et 20 février 2013, suite à sa demande d'affiliation ; en l'absence de toute réponse, son dossier était mis en suspens jusqu'au 18 mars 2013 ; passé ce délai, il serait considéré qu'il renonçait momentanément à son affiliation auprès du Groupe Mutuel ; - une attestation du Groupe Mutuel du 4 août 2015 aux termes de laquelle l'intéressé n'avait jamais été affilié auprès de lui pour l'AOS ; - un courrier du 9 octobre 2019 de la KPT mentionnant que son affiliation avait été « effective » du 1^{er} janvier 2014 au 30 avril 2015, mais annulée le 6 mars 2015 suite à la réception des documents du Groupe Mutuel et de l'intimée. 52. En date du 25 février 2020, l'intimée a rappelé avoir affilié le recourant suite à sa demande expresse, et l'avoir fait dès le 1^{er} janvier 2013 conformément aux dispositions légales en vigueur. Concernant la pièce produite par le recourant, elle a relevé que la KPT avait vraisemblablement reçu l'attestation du Groupe Mutuel le 4 août 2015, soit plus d'une année après sa propre attestation. L'intéressé omettait d'indiquer ce qui s'était passé durant ce laps de temps. Il avait clairement demandé à être affilié auprès de la KPT dès le 1^{er} avril 2014. Ainsi, le fait que cette compagnie ait annulé son affiliation était exclusivement dû au fait qu'il n'avait pas demandé à être affilié à partir du 1^{er} janvier 2013. S'il avait sollicité une affiliation dès cette date, il n'y aurait pas eu de défaut de couverture. Il était manifeste qu'il avait tenté de ne pas payer de primes d'assurance-maladie pour l'année 2013 et jusqu'au 31 mars 2014, de sorte qu'il ne saurait se prévaloir de la bonne foi pour échapper à son obligation de payer des primes en 2015. Enfin, le délai de péremption était sauvegardé une fois pour toutes par le fait qu'une décision relative aux cotisations était rendue et notifiée aux destinataires avant l'échéance du délai. Elle avait rendu une décision sur opposition le 13 août 2019 concernant les primes de l'année 2015, de sorte que le délai de cinq ans avait été définitivement préservé. 53. Lors d'une audience de comparution personnelle des parties le 9 mars 2020, celles-ci ont indiqué poursuivre des discussions afin de finaliser un accord. 54. Par courrier du 6 avril 2020, l'intimée a rappelé que lors de l'audience du 9 mars 2020, les parties avaient envisagé de ne pas limiter un éventuel accord à l'objet de la procédure, soit les primes pour l'année 2015, mais de conclure une convention permettant de clore l'ensemble du litige. Le recourant avait alors proposé de s'acquitter de l'intégralité des primes 2015, moyennant que l'intimée renonce aux primes pour les années 2013 et 2014, ainsi qu'aux frais de recouvrement et aux intérêts. Une telle proposition n'était pas acceptable, dès lors que la péremption des primes 2014 avait été sauvegardée par la décision du

E. 15

juillet 2019. Il n'y avait donc aucun motif qu'elle renonce à leur recouvrement. En revanche, elle était disposée à renoncer de manière définitive aux primes 2013 et aux intérêts, frais de rappel et de dossier. Cas échéant, le recourant serait alors débiteur des sommes suivantes : CHF 6'098.40 (primes de 2015), CHF 4'141.60 (primes de 2014 après déduction des

paiements déjà effectués de CHF 519.- et CHF 563.-), et CHF 120.- (frais de recouvrement pour les primes 2014 et 2015). 55. Le 17 avril 2020, l'intimée a pris acte du fait que le recourant préférerait procéder par voie judiciaire. 56. Le 21 avril 2020, le recourant a suggéré à la chambre de céans de retenir, à titre de dû à l'intimée, pour solde de tout compte et avec garantie des retraits de l'ensemble des poursuites introduites contre lui, la somme de CHF 7'368.70 comprenant un montant de CHF 6'098.40 pour les arriérés de primes 2015 (selon la décision sur opposition du 13 août 2019) et un montant de CHF 1'270.30 pour les arriérés 2014 (déduction faite de la moitié de la somme arrêtée dans la décision du 15 juillet 2019 et des CHF 1'082.- de primes pour l'année en question). Finalement, il a sollicité que la chambre de céans tranche la question de la somme due et close définitivement la procédure. Il a rappelé que la décision du 15 juillet 2019 visait le paiement des primes de janvier 2013 à décembre 2014, et considéré que les primes de 2014 étaient frappées de péremption depuis le 1^{er} janvier 2020, de sorte qu'une décision sur opposition les concernant n'avait plus lieu d'être. Si toutefois la chambre de céans devait reconnaître des arriérés 2014, il conviendrait alors de s'en référer à la décision de paiement du 15 juillet 2019 dans laquelle l'intimée concluait en réclamant la somme de CHF 4'704.60 à titre de primes pour deux années. 57. Le 23 avril 2020, la chambre de céans a rappelé aux parties que l'objet du litige était a priori limité à la question de savoir si le recourant était redevable ou non de la somme de CHF 6'098.40, correspondant à la prime LAMal annuelle 2015. Elle leur a octroyé un délai pour formuler d'ultimes observations. 58. Le 15 mai 2020, le recourant a noté qu'il sollicitait que soit tranchée la question de la somme due pour solde de tout compte et que soit levée toute procédure de poursuite à son encontre. 59. Le 15 mai 2020, l'intimée a constaté que le recourant admettait sans la moindre réserve être son débiteur pour la somme de CHF 6'098.40 au titre de primes arriérées 2015. Pour ce motif déjà, le recours devait être rejeté puisque l'objet de la présente procédure était limité à la question de savoir si le recourant était redevable de cette somme correspondant aux primes pour 2015. Cela étant, le recours devait également être rejeté car le recourant avait expressément demandé à être affilié auprès d'elle par courrier du 10 septembre 2015, de sorte que les primes étaient indiscutablement dues pour 2015. La date d'affiliation dès le 1^{er} janvier 2013 importait peu dans le cadre de la présente procédure. Pour le surplus, elle a rappelé que la KPT était déjà en possession de l'attestation de l'intimée de 2012 le

E. 17

avril 2014 et avait accepté de l'assurer dès le 1^{er} janvier 2014. Ce n'était que lorsqu'elle avait reçu l'attestation de non-affiliation du Groupe Mutuel en août 2015, soit plus d'année après avoir reçu son attestation à elle, qu'elle avait constaté qu'une affiliation au « 1^{er} avril 2014 » n'était pas possible. Le recourant, qui avait volontairement créé la situation contraire au droit qui avait conduit la KPT à annuler son affiliation depuis le 1^{er} janvier 2014, ne saurait invoquer sa bonne foi. Enfin, elle avait rendu une décision sur opposition le 13 août 2019 concernant les primes 2015, préservant ainsi le délai de cinq ans. Dans sa décision de paiement du 17 février 2017, elle avait retenu que l'intérêt moyen était dû à partir du 11 décembre 2015 puisque le recourant avait sollicité son affiliation en septembre 2015. À ce jour, le montant desdits intérêts s'élevait à CHF 1'350.12. 60. Copie de cette écriture a été communiquée au recourant le 22 mai 2020. 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 - 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

E. 18

mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté en temps utile et dans la forme requise par la loi, le recours du 16 septembre 2019 contre la décision sur opposition du 13 août 2019 est recevable (art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1986 [LPA - E 5 10] et art. 36 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 [LaLAMal - J 3 05]). 3. a. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 125 V 413 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 1.1). Le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 125 V 413 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_164/2009 du 18 mars 2010 consid. 2.1). La procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503 ; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). Le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1). b. En l'occurrence, la décision dont est recours est celle du 13 août 2019, par laquelle l'intimée a statué sur les oppositions du recourant des 27 février et 16 mars 2017 à l'encontre de sa décision de paiement du 17 février 2017, annulant l'opposition de l'intéressé au commandement de payer dans le cadre de la poursuite n° 1 _____. Cette procédure concerne l'obligation de s'acquitter des primes d'assurance-maladie obligatoire du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015. L'objet de la contestation ne saurait être étendu aux années antérieures, étant rappelé que les primes réclamées pour la période du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014 ont fait l'objet d'une poursuite séparée, puis d'une décision de paiement le 15 juillet 2019 annulant l'opposition du recourant. Bien que la chambre de céans ait invité l'intimée, dans son arrêt du 29 octobre 2019, à statuer sur l'opposition du recourant, aucune décision formelle ne semble avoir été rendue depuis lors, les parties ayant tenté de trouver un accord. c. Le litige porte ainsi sur la question de savoir si le recourant est tenu de s'acquitter des arriérés de primes à hauteur de CHF 6'098.40 pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015, objets de la poursuite n° 1 _____, dont l'opposition formée par l'intéressé a été levée par l'intimée par décision du 17 février 2017, confirmée sur opposition le 13 août 2019, sous réserve des frais de dossier et de poursuite auxquels l'intimée a renoncé. 4. Il convient d'examiner à titre préalable si le recourant est resté affilié auprès de l'intimée pour l'AOS, au-delà du 31 décembre 2012. 5. a. Selon l'art. 3 al. 1 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse. À teneur de l'art. 4 LAMal 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). 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 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. 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 ; ATF 126 V 265 consid. 3b). L'art. 7 LAMal règle les conditions auxquelles un assuré peut changer d'assureur. Par sa nature et ses effets, la possibilité de changer d'assureur prévue à cette disposition 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 ; ATF 124 V 333 consid. 2a et 2b). 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 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 du Tribunal fédéral des assurances K 108/06 du 1^{er} février 2007 consid. 3.2 et les références). En cas de changement d'assureur dans l'assurance obligatoire de soins, une double assurance est exclue, dès lors que le rapport d'assurance auprès du nouvel assureur ne peut débuter que lorsque l'ancien prend fin (ATF 130 V 448 consid. 4). L'établissement d'une nouvelle relation d'assurance est soumis à une condition suspensive, à savoir l'obligation de résilier l'ancienne dans les délais (ATF 126 V 480) et la notification (ATF 130 V 448 consid. 4.7) de la poursuite de l'assurance par le nouvel assureur-maladie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_930/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.3, publié in SVR 2011 KV n° 8 p. 37). La communication tardive, soit après la date de résiliation du contrat, conduit à un report de la fin des rapports contractuels mais ne touche pas la validité de la résiliation. Cela a pour conséquence que le rapport d'assurance ne prend pas fin tant que la communication du nouveau à l'ancien assureur n'a pas eu lieu. La tardivité de la communication est toutefois susceptible d'engager la responsabilité de l'un des deux assureurs (cf. art. 7 al. 5 et 6 LAMal ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_51/2016 du 2 novembre 2016 consid. 5.2).

6. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci

comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

7. a. En l'espèce, il est établi par pièces que le recourant a résilié sa couverture d'assurance-maladie obligatoire pour le 31 décembre 2012 et qu'il a indiqué à l'intimée qu'il conclurait une nouvelle police dès le 1^{er} janvier 2013 (cf. courrier du 24 novembre 2012). L'intimée a accusé réception de cette résiliation et confirmé à l'intéressé sa sortie avec effet au 31 décembre 2012 (cf. lettre du 18 décembre 2012). Le recourant a été en contact avec le Groupe Mutuel au mois de février 2013 (cf. courrier du Groupe Mutuel du 8 mars 2013), mais a renoncé à s'assurer auprès de cette caisse car il ne voulait pas changer de médecin de famille (cf. courrier du recourant du 9 novembre 2015). Il ne lui a ainsi pas fourni les informations nécessaires pour qu'une nouvelle police puisse être conclue (cf. courrier du Groupe Mutuel du 5 novembre 2015) et n'a donc jamais été affilié auprès de cet assureur (cf. attestation du Groupe Mutuel du 4 août 2015). Le 8 mars 2014, le recourant a rempli une proposition d'assurance de la KPT. Si cette compagnie a dans un premier temps évoqué un début d'assurance au 1^{er} janvier 2013, il ressort clairement des pièces soumises à l'appréciation de la chambre de céans qu'elle n'a finalement accepté d'assurer l'intéressé qu'à partir du 1^{er} janvier 2014 (cf. certificat d'entrée du 28 avril 2014 et courrier du 9 octobre 2019). Enfin, le recourant n'a produit aucun document permettant de penser qu'il aurait contracté une assurance-maladie auprès d'une autre compagnie. Il ne l'allègue au demeurant pas. En effet, s'il a évoqué, à une époque, être en attente d'une demande auprès de Sanitas (cf. courrier du 9 novembre 2015), il n'a plus du tout mentionné cet assureur depuis lors, ni aucune autre caisse. b. Dans ces conditions, force est de conclure que le recourant n'a pas valablement été affilié auprès d'une autre caisse pour l'AOS à partir du 1^{er} janvier 2013. Dès lors qu'il ne pouvait se trouver sans couverture d'assurance, son affiliation auprès de l'intimée n'a pas pu prendre fin au 31 décembre 2012, ce que l'intéressé paraît désormais admettre (cf. dernière écriture). L'intimée n'avait donc pas d'autre choix que de le réintégrer parmi ses assurés dès le 1^{er} janvier 2013. Si elle ne l'avait pas fait, le recourant serait resté sans aucune couverture, étant rappelé que ses démarches en vue de s'affilier en 2014 et 2015 sont restées vaines, précisément en raison du défaut de couverture depuis le 1^{er} janvier 2013. 8. Il en découle donc en principe l'obligation de l'intéressé de s'acquitter des primes d'assurance-maladie dues pour l'année 2015. 9. Le recourant se prévaut de la protection de la bonne foi. Il reproche à l'intimée d'avoir accepté sa résiliation alors qu'il

n'avait pas encore conclu de nouvelle assurance-maladie, et de ne pas lui avoir indiqué qu'il ne pourrait pas changer d'assureur s'il ne concluait pas de nouvelle police. Il considère que l'intimée l'a empêché de s'assurer auprès d'une autre compagnie et qu'elle est responsable du dommage résultant de la différence entre les primes qu'elle lui réclame et celles qu'il aurait pu payer à la KPT. 10. a. L'art. 27 LPGA prévoit que dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations. Le Conseil fédéral peut prévoir la perception d'émoluments et en fixer le tarif pour les consultations qui nécessitent des recherches coûteuses (al. 2). b. Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin des conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur-maladie. Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique. Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 9C_97/2009 du 14 octobre 2009 consid. 2.2 et les références). En vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée de sa part qui peut, à certaines conditions, obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre (ATF 131 V 472 consid. 5). Selon la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement (« ohne weiteres ») de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante : que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5). 11. a. Certes, l'intimée ne pouvait pas se contenter de l'annonce formulée dans le courrier du 24 novembre 2012 et aurait dû exiger la communication du nouvel assureur attestant d'une couverture dès le 1^{er} janvier 2013. Cela étant, il n'en demeure pas moins que l'intéressé était parfaitement libre de s'affilier auprès de n'importe quelle autre caisse autorisée à pratiquer l'assurance-maladie sociale. Or, il a volontairement renoncé à s'assurer auprès du Groupe Mutuel en mars 2013 et n'a entrepris aucune démarche pendant plus d'une année. Il est donc l'unique responsable des conséquences de l'absence d'une nouvelle police d'assurance. b. On ajoutera que l'intimée n'était pas tenue d'indiquer spontanément au recourant qu'elle serait dans l'obligation de le réintégrer s'il ne concluait pas une nouvelle assurance-maladie, et qu'elle ne lui a communiqué aucun renseignement erroné. De plus, la

chambre de céans peine à voir en quoi le recourant aurait pris des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice. En outre, le courrier de résiliation de l'intéressé du 24 novembre 2012 mentionnait clairement qu'une nouvelle police serait effective dès le 1^{er} janvier 2013, pour éviter toute interruption de sa couverture d'assurance. Il savait donc pertinemment qu'une telle interruption n'était pas possible. c. La chambre de céans observera encore que le recourant est malavisé d'invoquer la bonne foi, dès lors qu'il n'a eu de cesse de modifier ses explications et qu'il n'a pas hésité à livrer des informations erronées à l'intimée. Ainsi, à titre d'exemples, il lui a d'abord affirmé qu'il avait été assuré auprès de la KPT dès le 1^{er} juin 2013 (cf. courrier du 19 janvier 2015) et qu'il n'avait plus aucune assurance depuis le 1^{er} janvier 2014 (cf. courrier du 10 septembre 2015). Par la suite, il a noté qu'il n'avait jamais été assuré par la KPT (cf. courrier du 9 novembre 2015), puis a soutenu avoir été affilié auprès de cette compagnie dès le 1^{er} janvier 2013 (cf. courriers des 9 mai et 23 juin 2016). La chambre de céans constatera également que le recourant, sans couverture depuis le 1^{er} janvier 2013, a tenté de s'assurer auprès de la KPT à compter du 1^{er} avril 2014 seulement (cf. proposition d'assurance du 8 mars 2014), essayant ainsi d'échapper à son obligation de s'assurer pendant une durée de 16 mois. Un mois plus tard, la KPT l'a remercié « pour le document » et informé qu'elle était obligée de l'affilier rétroactivement au 1^{er} janvier 2013 (cf. courriel du 3 avril 2014). On peut donc en déduire qu'elle a dû requérir, à réception de la proposition d'assurance du recourant, que ce dernier lui transmette une attestation de son dernier assureur et que l'intéressé lui a alors communiqué la lettre de l'intimée du 18 décembre 2012, faute d'avoir réussi à obtenir un certificat indiquant (faussement) une date postérieure (cf. courrier du recourant du 23 mars 2014 et réponse de l'intimée du 1^{er} avril 2014). Sur demande de la KPT (cf. courrier du 3 avril 2014), l'intimée lui a confirmé que la couverture d'assurance du recourant avait pris fin le 31 décembre 2012 et que celui-ci avait ensuite été affilié par Philos (cf. courrier du 17 avril 2014). La KPT semble donc avoir accepté d'affilier le recourant dès le 1^{er} janvier 2014, en pensant à tort qu'il avait été valablement assuré par le Groupe Mutuel dès le 1^{er} janvier 2013. À cet égard, il sera relevé qu'on ne saurait faire grief à l'intimée d'avoir mal renseigné la KPT, puisqu'elle ne savait à l'époque pas que le recourant avait finalement décidé de ne pas s'assurer auprès du Groupe Mutuel. Après s'être rendue compte, au début de l'année 2015, que le recourant n'avait en réalité jamais conclu de nouvelle assurance-maladie suite à la résiliation de 2012, et que par conséquent sa couverture antérieure devait reprendre, la KPT a « annulé » l'assurance du recourant (cf. courrier du 9 octobre 2019). d. Ainsi, si le recourant a été « empêché de changer » d'assureur, c'est uniquement parce qu'il n'a pas entrepris les démarches nécessaires en temps utile pour s'assurer à l'assurance-maladie obligatoire dès le 1^{er} janvier 2013, comme il en avait personnellement l'obligation. L'intimée n'a en aucune façon violé le droit du recourant au libre choix de l'assureur. À toutes fins utiles, il sera encore observé qu'elle n'est jamais intervenue auprès de la KPT pour dissuader cette dernière d'accepter le recourant avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2013, comme envisagé dans le courriel du 3 avril 2014. 12. Le recourant fait également valoir que les primes réclamées par l'intimée sont prescrites. 13. Aux termes de l'art. 24 al. 1^{er} LPGA, le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée. En adoptant cette disposition, le législateur n'a fait aucune distinction entre cotisation annuelle et cotisation mensuelle, étant rappelé que les créances de cotisations portent en général sur une année civile (FF 1991 II 181 ss ad art. 31). Une caisse-maladie est donc en droit de réclamer dans

le délai de péremption de cinq ans le paiement des cotisations (ATAS/762/2005 du 7 septembre 2005). Le délai de péremption ne peut être ni interrompu, ni prolongé (ATF 126 II 145). Il peut toutefois, en vertu d'un principe général du droit, être restitué si l'intéressé a été empêché sans sa faute par des circonstances insurmontables d'agir à temps (ATF 136 II 187 ; ATF 125 V 262 ; ATF 114 V 123 , 124). 14. En l'occurrence, l'intimée a appris le défaut de couverture du recourant suite au courrier de ce dernier du 9 novembre 2015, dans lequel il a clairement reconnu ne plus être assuré depuis le 1 er janvier 2013, contrairement à ce qu'il avait mentionné dans ses missives antérieures. Comme déjà constaté, elle n'avait d'autre choix que de réactiver la police annulée et d'affilier l'intéressé avec effet rétroactif, afin de lui assurer une protection d'assurance sans interruption. Elle lui a envoyé une facture, pour les primes de 2015 notamment, le 16 novembre 2015 déjà, puis un rappel le 16 janvier 2016 et une sommation le 15 avril 2016. Elle lui a également fait notifier un commandement de payer le 10 janvier 2017 portant sur la somme de CHF 6'098.40, représentant les primes dues pour l'année 2015. Par décision du 17 février 2017, confirmée sur opposition le 13 août 2019, elle a annulé l'opposition du recourant au commandement de payer. Elle a donc agi bien avant l'écoulement du délai de cinq ans. 15. a. L'obligation de payer des cotisations (ou primes) découle de l'art. 61 LAMal. Elle constitue notamment la conséquence juridique et impérative de l'affiliation valide à une caisse-maladie et s'étend à toute la durée de celle-ci. L'assureur fixe lui-même le montant des primes à payer par ses assurés (art. 61 al. 1 LAMal). Conformément à l'art. 90 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois. 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 trente 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 impartit les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites (al. 2 ab initio). L'art. 105b al. 1 OAMal prévoit 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. Il l'adresse séparément de toute sommation portant sur d'autres retards de paiement éventuels. L'art. 26 al. 1 LPGA précise que les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires et les créances échues en restitution de cotisations indûment versées sont soumises au versement d'intérêts rémunérateurs. À teneur de l'art. 105a OAMal, le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élève à 5% par année. 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 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. b. 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 (cf. art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (cf. art. 64 LAMal). Respectivement, les assureurs ne sont pas libres de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts et ils doivent faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières de l'assuré par la voie de l'exécution forcée selon la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite du 11 avril 1889 (LP - RS 281.1). Par conséquent, si l'assureur est au bénéfice d'un jugement exécutoire au sens de l'art. 80 LP, auquel est assimilée une décision ou une décision sur opposition

exécutoire portant condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés (art. 54 al. 2 LPGA), il peut requérir du juge la mainlevée définitive de l'opposition ; s'il ne dispose pas d'un tel titre de mainlevée, il doit faire valoir le bien-fondé de sa prétention par la voie de la procédure administrative, conformément à l'art. 79 LP (cf. ATF 131 V 147 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_742/2011 du 17 novembre 2011 consid. 5.1). À certaines conditions, les assureurs-maladie sont en droit de lever par une décision formelle l'opposition à un commandement de payer portant sur une créance découlant de la LAMal. Les assureurs peuvent donc introduire une poursuite pour leurs créances pécuniaires même sans titre de mainlevée entré en force, rendre après coup, en cas d'opposition, une décision formelle portant condamnation à payer les arriérés de primes ou participations aux coûts et, après l'entrée en force de cette dernière, requérir la continuation de la poursuite. Si le dispositif de la décision administrative se réfère avec précision à la poursuite en cours et lève expressément l'opposition à celle-ci, ils pourront requérir la continuation de la poursuite sans passer par la procédure de mainlevée de l'art. 80 LP. Dans sa décision, l'autorité administrative prononcera non seulement une décision au fond selon le droit des assurances sociales sur l'obligation pécuniaire de l'assuré, mais elle statuera simultanément sur l'annulation de l'opposition comme autorité de mainlevée. Il en va de même des tribunaux en cas de recours (ATF 119 V 329 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 107/02 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2009 du 11 décembre 2009 consid. 2.1).

16. En l'occurrence, le recourant a indiqué, sans fournir la moindre pièce venant étayer ses allégations, qu'il aurait payé des primes à la KPT. Les documents émanant de cet assureur sont ambigus car ils font état d'une couverture « effective » du 1^{er} janvier 2014 au 30 avril 2015 (cf. courrier de la KPT du 9 octobre 2019) et d'une « annulation » le 6 mars 2015 « au 30 avril 2015 » (cf. courriel du 24 mai 2017), ce qui suggère que le recourant, valablement assuré, aurait effectivement pu s'acquitter de primes durant cette période. Il apparaît toutefois peu vraisemblable que tel ait été le cas, puisque le recourant a reconnu, à tout le moins implicitement, qu'il n'avait jamais été valablement affilié auprès de la KPT, notant que cette dernière avait « clairement » refusé de l'affilier (cf. écritures du 5 février 2020) et qu'il a lui-même proposé de s'acquitter des primes dues pour l'année 2015 (et effectué quelques remboursements pour les primes de 2014). Cela étant, même s'il avait effectué des versements à la KPT, ces primes devraient lui être restituées dans la mesure où l'affiliation auprès de cet assureur n'est pas valable. Il ne subirait donc aucun préjudice.

17. Compte tenu de ce qui précède, la décision sur opposition du 13 août 2019, par laquelle l'intimée a réclamé au recourant le paiement des primes dues au titre de l'assurance-maladie obligatoire pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015 d'un montant de CHF 6'098.40, avec intérêts moratoires à 5% dès le 11 décembre 2015, est bien fondée. Le montant réclamé, qui correspond à la police d'assurance établie le 10 novembre 2015 et tient compte des contributions fédérales, n'a pas été contesté en tant que tel par le recourant. Aucun élément ne justifie de s'en écarter. Pour le surplus, l'intimée a renoncé aux frais résultant du retard dans l'acquittement des primes, de sorte que cette question n'est plus litigieuse.

18. L'intimée a donc prononcé à juste titre la mainlevée de l'opposition faite au commandement de payer poursuite n° 1_____. 19. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. La mainlevée de l'opposition faite au commandement de payer dans la poursuite n° 1_____ est prononcée. La procédure est gratuite pour le surplus (art. 61 let. a LPGA).

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.