

VD_FINDINFO AM 35/12 - 14/2013 vom 29. April 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-04-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AM_35_12_-_14_2013

FR: VD_FINDINFO AM 35/12 - 14/2013 du 29 avril 2013

IT: VD_FINDINFO AM 35/12 - 14/2013 del 29 aprile 2013

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-MALADIE, PRIME
D'ASSURANCE-MALADIE, AM, PARTICIPATION OBLIGATOIRE, PAIEMENT,
SOMMATION DE PAYER, ACTE DE POURSUITE{PROCÉDURE LP} | 3 al. 1 LAMal,
64a LAMal, 7 LAMal, 105a OAMal, 105b OAMal

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 29.04.2013 AM 35/12 - 14/2013

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-MALADIE, PRIME
D'ASSURANCE-MALADIE, AM, PARTICIPATION OBLIGATOIRE, PAIEMENT,
SOMMATION DE PAYER, ACTE DE POURSUITE{PROCÉDURE LP} | 3 al. 1 LAMal,
64a LAMal, 7 LAMal, 105a OAMal, 105b OAMal

TRIBUNAL CANTONAL AM 35/12 - 14/2013 ZE12.033582 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 29 avril 2013 _____ Présidence de M. Métral, juge unique
Greffière : Mme Berberat ***** Cause pendante entre : W. _____, à [...],
recourante, et Caisse P. _____, à [...], intimée. _____ Art. 3 al. 1, 7 et 64a
LAMal; 105a, 105b et 105l OAMal E n f a i t : A. W. _____ (ci-après: l'assurée ou la
recourante), née en 1957, est affiliée depuis le 1 er janvier 1996 auprès de la Caisse
P. _____ (ci-après : l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale
du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), risque accident inclus. Le
montant de la prime mensuelle nette pour l'année 2011 s'élevait à 364 fr. 70, l'assurée étant
en outre au bénéfice d'une franchise annuelle de 300 francs (police n° 271 533). Le 16
novembre 2011, la Caisse P. _____ a fait notifier à l'assurée un commandement de payer
n° 5994823 de l'Office des poursuites du district de V. _____ pour un montant de 1'081
fr. 95, plus intérêt à 5 % dès le 1 er août 2011, représentant les primes échues des mois de
juillet à septembre 2011, ainsi que pour des frais administratifs à hauteur de 50 francs.
L'assurée a formé opposition totale. Par décision du 23 janvier 2012, la Caisse P. _____
a prononcé la mainlevée de l'opposition à la poursuite n° 5994823. Le 1 er mars 2012,
l'assurée a formé opposition à cette décision. Elle s'est limitée à contester "le principe et la
quotité des primes, les participations, ainsi que les frais et intérêts". Elle a en outre indiqué
que les revendications de la Caisse P. _____ relevaient uniquement des subsides, compte
tenu de sa fortune et de son revenu. B. Le 23 février 2012, la Caisse P. _____ a fait
notifier à l'assurée un commandement de payer n° 6123297 de l'Office des poursuites du
district de V. _____ pour un montant de 1'081 fr. 95, plus intérêt à 5 % dès le 1 er
novembre 2011, représentant les primes des mois d'octobre à décembre 2011, frais
administratifs par 50 fr. en sus. L'assurée a formé opposition totale. Par décision du 23 avril
2012, la Caisse P. _____ a prononcé la mainlevée de l'opposition à la poursuite n°

6123297. Le 29 mai 2012, l'assurée a formé opposition à cette décision et a fait état des mêmes arguments développés dans son opposition du 1^{er} mars 2012. C. Par décision sur opposition du 15 juin 2012, la Caisse P. _____ a rejeté les oppositions formées par l'assurée et a estimé qu'elle était "fondée à requérir la continuation de la poursuite n° 5994823 pour le montant de Fr. 2'263.90, frais de poursuite non compris, plus intérêts de 5 % sur le montant de Fr. 1'131.95 dès le 1^{er} août 2011 et de 5 % sur le montant de Fr. 1'131.95 dès le 1^{er} novembre 2011". La Caisse P. _____ a ainsi retenu que l'assurée devait s'acquitter des primes mensuelles pour les mois de juillet à décembre 2011. Les poursuites n° 5994823 et n° 6123297 ont été engagées dès lors que l'assurée n'avait pas payé les montants réclamés (après rappels et mises en demeure). En outre, les procédures visant au recouvrement des primes étaient fondées, notamment quant à la question des frais et intérêts à percevoir. Quant au subside, la Caisse P. _____ a rappelé que l'assureur-maladie n'avait pas à tenir compte, au moment de prélever les primes, de l'existence d'une procédure en cours d'octroi de subside à l'assurance-maladie. D. Par acte du 21 juin 2012, W. _____ a déclaré recourir contre la décision sur opposition du 15 juin 2012, en faisant état des éléments suivants : "(...) j'ai rappelé notamment le 27 novembre 2009 et le 29 novembre 2011 à la Caisse P. _____ que j'avais résilié au 31 décembre 2006 la police n° 271 533 de l'assurance-maladie. (...) les primes réclamées pour l'année 2006 font l'objet de l'acte de défaut de biens du 13 novembre 2009 et ne peuvent faire l'objet d'une nouvelle revendication de la part de la Caisse P. _____; j'invoque également la prescription. Ensuite, je n'ai pas de fortune, ni de revenu depuis la perte de mon emploi suite aux grands travaux du centre-ville de [...], "l'assurance-chômage ayant été déficiente en tout point à mon encontre et ce malgré le paiement de mes primes assurance-chômage" et par conséquent toutes mes primes de caisse-maladie doivent être à la charge des subsides de l'état, ne pouvant les assumer moi-même, et que par ailleurs mon mari ne dispose que de la rente AVS simple et n'est pas imposable". Par décision du 21 janvier 2013 (AJ13.001788), le précédent juge instructeur en charge de la présente cause a rejeté la demande d'assistance judiciaire sous la forme de l'octroi d'un conseil d'office. Dans sa réponse du 10 octobre 2012, l'intimée a conclu au rejet du recours, à la confirmation de la décision attaquée et la continuation des poursuites n°5994823 et n°6123297. L'intimée a rappelé que la question de l'affiliation de la recourante depuis le 1^{er} janvier 2006 avait déjà fait l'objet d'un arrêt de la Cour de céans (AM 40/10 – 1/2011) lequel était entré en force. L'intimée a en outre indiqué qu'elle n'avait pas réclamé les primes pour la période de juillet à septembre 2006. Seul un montant de 23 fr. 20 restait à la charge de la recourante lequel n'a toutefois pas été réclamé. Enfin, l'intimée a constaté que la recourante n'était pas au bénéfice d'une décision de l'autorité compétente relative à la réduction du montant des primes dues par un subside. L'intéressée ne pouvait dès lors refuser ou surseoir au paiement des primes dans l'attente qu'un droit à un éventuel subside à l'assurance-maladie lui soit reconnu à titre rétroactif. La recourante ne s'est pas déterminée dans le délai de réplique impartit. E n d r o i t : 1. a) La voie du recours au Tribunal cantonal est ouverte contre la décision sur opposition rendue en application des dispositions de la LAMal (art. 1 al. 1 LAMal; art. 56 al. 1 LPGA). Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), le recours a été déposé en temps utile, compte tenu de la suspension des délais durant les fêtes estivales, cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), devant le tribunal compétent selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA). b) La contestation porte sur le paiement d'un montant inférieur à 30'000 fr., de sorte que le magistrat instructeur est compétent pour statuer en tant que juge unique (art. 94

al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative vaudoise; RSV 173.36]). 2. Le litige a pour objet les primes de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie pour les mois de juillet à décembre 2011, ainsi que les frais administratifs et intérêts de retard réclamés par l'intimée. a) 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. 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 (jusqu'au 31 juillet 2007 : art. 90 al. 3 OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102]; depuis le 1^{er} août 2007: art. 105b OAMal). 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 (voir ATF 131 V 147). b) Selon l'art. 105b OAMal, en cas de non-paiement par l'assuré 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; 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, première phrase). 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 (al. 2). L'art. 105l OAMal prévoit que l'assuré est en retard de paiement au sens de l'art. 64a al. 6 LAMal dès la notification de la sommation visée à l'art. 105b al. 1 OAMal. 3. Dans un premier moyen, la recourante fait valoir qu'ensuite de la résiliation de sa police d'assurance-maladie (n° 271 533) pour le 1^{er} janvier 2007, elle ne peut plus être redevable des primes, dans leur principe comme dans leur quotité ainsi que des frais et intérêts. a) A teneur de 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 (sur l'obligation d'assurance, cf. ATF 129 V 77 consid. 4; TF 9C_750/2009 du 16 juin 2010 consid. 2.1). L'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés (art. 61 al. 1, première phrase, LAMal). Selon l'art. 7 al. 1 LAMal, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile. Selon l'alinéa 2, lors de la communication de la nouvelle prime, l'assuré 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'OFSP au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur. Cependant, l'art. 64a al. 4 LAMal, introduit dans la loi par la nouvelle du 18 mars 2005, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2006, prévoit qu'en dérogation à l'art. 7, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé

intégralement les primes ou les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite. Le Tribunal fédéral a considéré à cet égard qu'il n'apparaît pas arbitraire que l'assuré en retard de paiement ne puisse pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes. En effet, le but de l'art. 64a al. 4 LAMal est de protéger la communauté des assurés contre des augmentations de primes dues aux assurés qui changent d'assureur sans avoir préalablement réglé leurs arriérés (Message du Conseil fédéral du 26 mai 2004, FF 2004 4103; cf. TF 9C_477/2008 du 26 août 2008 consid. 4.2). b) En l'occurrence, il y a lieu de relever que la recourante ne produit aucune lettre de résiliation qu'elle aurait adressée à l'intimée dans le délai légal (art. 7 LAMal), ni aucune attestation d'affiliation à une autre institution pour la couverture d'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Rien au dossier ne permet de considérer que le contrat la liant à l'intimée aurait été valablement résilié avant la fin de l'année 2010. En ne produisant aucune preuve de ses allégations, il convient d'admettre que le contrat est resté valable pour l'année 2011, faute pour la recourante d'avoir fait parvenir une résiliation à l'intimée avant le 30 novembre 2010, d'une part, et en l'absence de toute attestation d'assurance auprès d'une autre assurance-maladie, d'autre part. Par ailleurs, dans l'intervalle, le contrat n'a pas pu être résilié, compte tenu des primes en souffrance pour le second semestre 2011, qui ont fait l'objet de deux procédures de recouvrement par voie de poursuite, en date des 16 novembre 2011 et 23 février 2012. 4. La recourante conteste en outre la revendication, selon elle, par l'intimée des primes de l'année 2006 et se prévaut de la prescription. a) Contrairement à l'opinion de la recourante, aucune prime pour l'année 2006 ne lui a été réclamée dans le cadre des commandements de payer n° 5994823 ou n° 6123297, lesdites primes ayant finalement été réglées par l'organe cantonal sur présentation de l'acte de défaut de bien (réponse de l'intimée du 10 octobre 2012, point 2). Seul le solde de frais administratifs par 23fr. 20 demeurait à la charge de la recourante. Toutefois, dans le cadre de la décision litigieuse (point 19 des faits), l'intimée a renoncé à réclamer ce montant. Par conséquent, les primes litigieuses – s'élevant à 1'081 fr. 95 pour les mois de juillet à septembre 2011, et au même montant pour le dernier trimestre 2011 – sont dues par la recourante, avec l'intérêt à 5 % demandé par l'intimée (art. 26 al. 1 LPGa et 105a OAMal), à compter respectivement du 1^{er} août 2011 et du 1^{er} novembre 2011. Ces primes ont fait l'objet de rappels et d'une sommation, sans que la recourante invoque un motif pertinent pour justifier son retard, de sorte qu'elle doit également supporter les frais administratifs qu'elle a occasionnés (art. 105b al. 3 OAMal et art. 17.1 des "Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières"). Dans le cadre de ses conditions générales, l'intimée a précisé que "l'assuré est astreint à participer aux frais d'édition de rappel et d'établissement de la mise en demeure à raison, respectivement de fr. 10.- et de fr. 30.-". En l'occurrence, pour chacune des deux procédures d'exécution forcée, les frais administratifs se montent à 50 fr. (deux rappels et une mise en demeure). b) Il convient dès lors de considérer que chacune des deux procédures de recouvrement a régulièrement été conduite, selon les dispositions topiques applicables. Quant aux frais administratifs et aux intérêts de retard, ils se fondent chacun sur la base légale y afférent, leur calcul ne prêtant au demeurant pas le flanc à la critique. 5. En définitive, la recourante invoque sa situation financière, ainsi que celle de son époux pour justifier le non-paiement des primes litigieuses, arguant que lesdites primes doivent être prises en charge par le biais de subsides. a) Aux termes de l'art. 65 al. 1 LAMal, les cantons accordent des réductions de primes aux assurés de condition économique modeste. Selon la jurisprudence, les règles édictées par les cantons en matière de réduction des primes dans

l'assurance-maladie constituent du droit cantonal autonome (ATF 131 V 202 consid. 3.2 p. 207, et les références). 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, sous réserve de l'hypothèse – exceptionnelle et non réalisée en l'espèce - où le subside est versé directement à l'assuré. S'il ne bénéficie plus d'un tel subside, que ce soit à titre provisoire – dans l'attente de la décision de l'autorité compétente pour l'octroi dudit subside – ou définitif, l'assuré est tenu de s'acquitter de l'intégralité des primes fixées par l'assureur (TF K 13/06 du 29 juin 2007, consid. 4.5). Quand bien même cette situation peut le mettre dans de sérieuses difficultés financières, l'assuré ne peut refuser de payer ses primes dans l'attente de ce que le droit à un éventuel subside à l'assurance-maladie lui soit reconnu à titre rétroactif. Pour remédier à cette situation, le législateur a chargé les cantons de veiller à ce que les montants versés au titre de la réduction des primes le soient de manière à ce que les ayants droit n'aient pas à satisfaire à l'avance à leur obligation de payer les primes (art. 65 al. 3 LAMal; Message concernant l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 21 septembre 1998, FF 1999 775). Cette invitation aux cantons à légiférer en la matière ne change cependant rien au fait qu'en l'absence de l'octroi effectif d'une réduction de primes, les assureurs sont tenus par le droit fédéral (art. 90 al. 1 et 4 OAMal) d'exiger le paiement de l'intégralité des primes dues dès lors que celles-ci sont échues (cf. RAMA 2006 p. 325 consid. 5.2.1, TFA K 72/05 du 14 août 2006, et RSAS 2003 p. 545 consid. 3.2, TFA K 18/03 du 16 mai 2003). b) En l'absence du versement effectif d'un subside à la couverture des primes de l'assurance-maladie pour l'année 2011, l'intimée n'a pas violé le droit fédéral, dès lors qu'elle n'a pas à tenir compte au moment de prélever les primes de l'existence d'une éventuelle procédure en cours d'octroi de subside à l'assurance-maladie, élément qui reste en l'espèce à l'état d'allégué. 6. a) Il s'ensuit que la décision attaquée doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours dans la mesure où il est recevable. b) La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ces motifs, le juge unique prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 15 juin 2012 par la Caisse P._____ est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le juge unique :

La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ W._____ (recourante), à [...], ■ Caisse P._____ (intimée), à [...], - Office fédéral de la santé publique, à Berne, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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