

VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 580 vom 20. Juni 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-06-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2024__580

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 580 du 20 juin 2024

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 580 del 20 giugno 2024

Regeste

PRIME D'ASSURANCE-MALADIE, CHANGEMENT DE CAISSE, REJET DE LA DEMANDE, DETTE DE COTISATION | 64a al. 1 LAMal, 64a al. 6 LAMal, 1051 OAMal

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2024 / 580

PRIME D'ASSURANCE-MALADIE, CHANGEMENT DE CAISSE, REJET DE LA DEMANDE, DETTE DE COTISATION | 64a al. 1 LAMal, 64a al. 6 LAMal, 1051 OAMal

TRIBUNAL CANTONAL AM 30/21 et AM 2/22 - 18/2024 ZE21.045263 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 20 juin 2024 _____ Composition : Mme Berberat , présidente
Mmes Gauron-Carlin et Livet, juges Greffier : M. Genilloud ***** Cause pendante entre :
Q. _____ , à [...], recourant, représenté par le Centre social protestant Vaud, à Lausanne,
T. _____ , à [...], recourante, représentée par le Centre social protestant Vaud, à
Lausanne, et L. _____ AG , à Bâle, intimée, représentée par Me Isabelle Jaques, avocate
à Lausanne. _____ Art. 64 a al. 1 et 6 LAMal ; 1051 OAMAL E n f a i t : A.
Q. _____ (ci-après : l'assuré, l'époux ou le recourant) et T. _____ (ci-après :
l'assurée, l'épouse ou la recourante) étaient affiliés depuis 2014 à L. _____ AG
(ci-après : la Caisse ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins, la prime étant fixée
à 587 fr. 40 pour chacun des deux époux en 2019 (soit 1'174 fr. 80 par mois au total). Il
s'agissait d'une police d'assurance familiale dans laquelle l'assuré était preneur d'assurance
et destinataire des factures. Il s'acquittait ainsi également des primes (et des prestations de
soins) de son épouse, ainsi que celles de ses enfants G. _____ et M. _____ également
affiliés à L. _____ AG pour l'assurance obligatoire des soins (LAMal ; loi fédérale du 18
mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10). Dès février 2014, les assurés ne se sont
pas acquittés ponctuellement des prestations de soins et des primes d'assurance LAMal.
Afin d'assainir la situation, les assurés ont mandaté H. _____. Un accord est intervenu
entre les parties, soit un paiement fractionné n° 41735758 du 27 avril 2020 dont les postes
couvraient des prestations de soins et des primes du 4 avril 2014 au 24 avril 2020 pour un
montant total de 62'857 fr. 70, payable en une mensualité de 15'714 fr. 35 et trois
mensualités de 15'714 fr. 45. Quatre bulletins spécifiques à chacune des quatre mensualités
ont été remis aux assurés lesquels ont été rendus attentifs que seuls les bulletins précités
devaient être utilisés. Les assurés se sont toutefois acquittés le 1 er mai 2020 de cinq
factures (émises en 2020) pour un montant total de 1'979 fr. 80, puis le 3 juin 2020 de deux
factures (émises en 2020) pour un montant total de 187 fr. 15 concernant des postes ouverts
par le décompte n° 41735758. Par courriel du 27 mai 2020 à H. _____, la Caisse a
indiqué que le paiement de 1'174 fr. 80 du 8 juillet 2019 avait été comptabilisé sur la prime
de janvier-avril 2019. Par courriel du 3 juin 2020, H. _____ a sollicité une modification

du décompte en précisant notamment ce qui suit (sic) : « Lors de l'arrangement, nous ne parlions pas des frais récents, c'est à dire 2020. Ces factures ont été payé, il est nécessaire qu'on les enlève pour les 3 prochains paiements et pas qu'on attende la fin pour demander un remboursement dans le but que le client soit tranquille. La facture de 1'174.80 a été payé pour juillet 2019, dans les décomptes demandés il n'y a pas de facture ouverte de avril 2019, comment expliquer au client sans preuves? Hors sur la feuille il est bien noté qu'il devait payer juillet 2019 et cela a été fait. il fallait dans ce cas comptabiliser juillet 2019 et laisser la facture ouverte avril 2019. Pouvez-vous donc rapidement svp renvoyer les dernières factures avec les montants corrigés? Sans compter 2020? 2019? ». Un nouveau plan de paiement fractionné n° 172293580 d'un montant de 43'823 fr. 65 concernant les prestations et les primes au 31 décembre 2018 a été établi le 29 juin 2020 à raison d'une mensualité de 14'607 fr. 85 et de deux mensualités de 14'607 fr. 90. Les 28 mai 2020 et 29 juin 2020, les assurés se sont acquittés des deux premières mensualités prévues dans le décompte n° 41735758, soit 15'714 fr. 35 et 15'714 fr. 45, puis le 30 juillet 2020 de la première mensualité du paiement fractionné n° 172293580 soit 14'607 fr. 85. Le 18 août 2020, ils se sont encore acquittés de deux factures (émises en 2020) pour un montant total de 7 fr. 95, puis le 22 septembre 2020 d'un montant 13'501 fr. 35. Le 2 octobre 2020, la Caisse a transmis à l'assuré une facture n° 174232781 (intitulée « Aperçu compensation ») laquelle avait la teneur suivante : Preneur d'assurance Numéro de client Q. _____
100128142 Échéance Numéro de facture 28.10.2020 174232781 Numéro de facture Période
de facturation A votre charge En votre faveur 28708027 16.11.2017 – 16.11.2017 11.60
28707989 16.11.2017 – 15.12.2017 16.75 28708086 20.11.2017 – 27.11.2017 292.95
28708053 24.11.2017 – 24.11.2017 12.65 28708047 12.12.2017 – 22.12.2017 56.40
28708103 17.12.2017 – 17.12.2017 476.00 28707987 17.12.2017 – 17.12.2017 221.70
32609283 21.06.2018 – 21.06.2018 86.75 Total à votre charge CHF 1 174.80 Les assurés
ont estimé que ces factures avaient déjà été payées et ont résilié leur contrat
d'assurance-maladie obligatoire pour le 31 décembre 2020 (lettre reçue le 4 novembre
2020). Par courrier du 5 novembre 2020 portant l'en-tête « Sortie de L. _____ », la
Caisse leur a notamment indiqué que le changement d'assurance n'était possible que si tous
les paiements en souffrance (primes, participations aux coûts, intérêts moratoires et frais de
poursuite) avaient été acquittés à fin décembre 2020 (art. 64 a al. 6 LAMal). Par courrier du
4 février 2021 intitulé « Maintien de l'assurance chez L. _____ en raison de montants
impayés », la Caisse a constaté que l'assuré avait encore des paiements en souffrance au 31
décembre 2021 [recte : 2020] et a confirmé le maintien de l'assurance obligatoire des soins
auprès de son établissement. Par courriel du 18 février 2021, la Caisse a notamment exposé
ce qui suit : « Le premier arrangement de paiement qui avait été octroyé à Monsieur
Q. _____ était un arrangement en 4 fois pour un montant total de CHF 62'857.70
(15'714.35 x 4 = CHF 62'857.70). Le client a réglé 2 mensualités à CHF 15'714.35 puis un
nouvel arrangement a dû être mis en place étant donné que Monsieur Q. _____ a réglé à
côté de l'arrangement de paiement des factures comprises dans l'arrangement de paiement
lui-même. De ce fait, et après avoir vu avec vous-même un nouvel arrangement de paiement
a été mis en place et ce en 3 fois à CHF 14'607.90. De ce nouvel arrangement de paiement
une seule mensualité de CHF 14'607.85 nous a été réglé[e] puisque dans l'intervalle
c'est-à-dire un jour après la mise en place du nouvel arrangement, le client a réglé une
seconde mensualité mais du premier arrangement de paiement. Par la suite Monsieur
Q. _____ a encore réglé CHF 13'501.35, il reste donc à ce jour encore un montant ouvert
de CHF 1'174.- qui se décompose comme suit : Montant total CHF : 62'857.70 Premier

versement CHF : 15'714.35 Second versement CHF : 15'714.45 Troisième versement CHF : 14'607.85 Quatrième versement CHF : 13'501.35 Total encore ouvert CHF : 3'319.70 minorés des différents paiements effectués à coté par le client à savoir CHF 2'145.70 Reste dû : 1'174.- A toutes fins utiles nous nous permettons de vous rappeler que si les termes de l'arrangement de paiement avai[en]t été respectés dès le départ le dossier aurait déjà été clos. De plus, pour rappel de nombreux frais de rappels et de poursuites ont été annulés lors de la mise en place de cet arrangement de paiement. De plus concernant les radiations des poursuites, comme mentionné dans l'email précédent des frais de radiation des poursuites s'appliquent et ce à hauteur de CHF 50.- par poursuite. Si cela vous intéresse toujours merci de bien vouloir nous envoyer l'extrait du registre mentionnant les poursuites dont la radiation est souhaitée afin que nous puissions vous faire parvenir le bulletin de versement correspondant ». Saisi d'un recours interjeté le 20 février 2021 par l'assuré contre l'envoi du 4 février 2021 de la Caisse, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois l'a, par arrêt du 11 mars 2021 (AM 8/21 – 9/2021), déclaré irrecevable dès lors qu'il était prématuré, l'intéressé devant d'abord procéder en la forme prévue par l'art. 51 al. 2 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), soit en exigeant de la Caisse qu'une décision soit rendue conformément à l'art. 49 al. 1 LPGA. Le Tribunal fédéral a radié la cause par ordonnance du 18 mai 2021 à la suite du retrait du recours déposé par l'intéressé (9C_222/2021). Le 31 mars 2021, les assurés ont sollicité de la Caisse une décision. Le 15 avril 2021, la Caisse a fait notifier à l'époux un commandement de payer n° [...] de l'Office des poursuites du district de [...], pour un montant de 1'174 fr. 80 se rapportant aux « participations LAMal 11.12.17, 18.12.17, 01.01.18, 08.01.18, 15.01.18, 22.01.18, 29.01.18, 06.08.18 », plus 60 fr. de frais de rappel, 100 fr. de frais de dossier et 73 fr. 30 de frais de commandement de payer. L'assuré a fait opposition totale. Par décision du 30 avril 2021 intitulée « décision d'interdiction de changement de caisse (LAMal) » et notifiée individuellement à chaque assuré, la Caisse a refusé le changement d'assureur au 31 décembre 2020 en raison d'un solde impayé. Elle a notamment rappelé ce qui suit : « [...] Vous avez reçu plusieurs rappels de participation aux coûts non réglés. Vous avez bénéficié d'un délai de grâce de 30 jours pour payer et avez également été informé des conséquences du non-paiement. Néanmoins, nous n'avons pas reçu à ce jour de paiements complets. Par conséquent, une poursuite a été engagée. De plus, divers paiements échelonnés ont été convenus en 2020 et les frais de poursuite ont été abandonnés dans le cadre de ces accords. Cependant, ces accords de paiement échelonnés n'ont pas été tous honorés en totalité. Par conséquent, il reste actuellement des paiements de participation aux coûts en souffrance pour les années 2017 et 2018 ». Le 1 er juin 2021, les assurés, désormais représentés par le Centre social protestant Vaud (ci-après : CSP) à Lausanne, ont fait opposition à la décision du 30 avril 2021 de la Caisse. Pour l'essentiel, ils ont fait valoir qu'ils s'étaient acquittés de l'ensemble des sommes que la Caisse qualifiait de créances ouvertes, démontrant ainsi pièces à l'appui qu'ils avaient déjà payé le montant réclamé par la Caisse. Par courrier du 14 juin 2021, la Caisse a prié l'Office des poursuites du district de [...] de retirer la réquisition de poursuite n° [...]. Par décision sur opposition du 30 septembre 2021, la Caisse a rejeté l'opposition formée par Q._____ et a confirmé sa décision du 30 avril 2021, soit le maintien de son affiliation au-delà du 31 décembre 2020, compte tenu d'un montant de 1'174 fr. 80 resté impayé et correspondant à la prime de juillet 2019. Par décision sur opposition du 16 décembre 2021, la Caisse a rejeté l'opposition formée par T._____ et a confirmé sa décision du 30 avril 2021, soit le maintien de son affiliation au-delà du 31 décembre 2020, compte tenu d'un montant de 1'174 fr. 80 resté

impayé et correspondant à la prime de juillet 2019. B. a) Par acte du 26 octobre 2021, Q._____, représenté par le CSP, a interjeté un recours auprès de la Cour des assurances du Tribunal cantonal vaudois et a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'admission du recours, à l'annulation de la décision sur opposition du 30 septembre 2021 et de la décision du 30 avril 2021, à la reconnaissance de son droit au changement d'assurance, la Caisse étant en outre sommée de retirer la poursuite n° [...]. Le recourant a confirmé les arguments qu'il a développés au stade de l'opposition, à savoir qu'il se prévaut du versement en juillet 2019 d'un montant de 1'174 fr. 80 correspondant à la prime maladie du mois de juillet 2019 figurant sur le premier décompte-arrangement de paiement du 27 avril 2020. Par ailleurs, en additionnant l'ensemble de ses versements soit un total de 62'887 fr. 90, le recourant a constaté que le montant était légèrement supérieur de 30 fr. 20 par rapport au montant en souffrance que la Caisse avait défini le 27 avril 2020. Il a dès lors estimé que les justifications et explications de l'assureur n'étaient ni convaincantes, ni concordantes. Le recourant a ajouté qu'il avait été sommé par rappel du 2 octobre 2020, puis mis aux poursuites pour différents décomptes de prestations, avant que la Caisse n'explique que la facture en suspens était celle de juillet 2019. Par ailleurs, la facture n° 28708086 figurant sur le document du 2 octobre 2020 d'un montant de 292 fr. 95 ne correspondait pas au montant de 427 fr. 75 mentionné pour la même facture sur le paiement fractionné n° 41735758 du 27 avril 2020. Il a produit un lot de vingt pièces dont la facture du 2 octobre 2020. La cause a été enregistrée sous le numéro de référence AM 30/21. Dans sa réponse du 10 janvier 2022, l'intimée, désormais représentée par Me Isabelle Jaques, avocate à Lausanne, a conclu au rejet du recours et à la condamnation du recourant aux frais de procédure. Elle a fait valoir que, contrairement aux allégations du recourant, l'arrangement de paiement fractionné n° 172293580 du 29 juin 2020 n'avait pas pour objectif « de déterminer le solde encore dû ». L'intimée a retenu que le recourant s'était finalement acquitté d'un montant de 61'712 fr. 90 et que par rapport à l'arrangement de paiement n° 41735758 du 27 avril 2020 de 62'857 fr. 70, il demeurait un impayé de 1'144 fr. 80. L'intimée a ajouté que la prime maladie de juillet 2019 figurait dans le plan de paiement n° 41735758, car le paiement effectué le 8 juillet 2019 avait été comptabilisé sur l'arriéré de prime de janvier-avril 2019 (cf. courriel du 27 mai 2020). Elle a produit le dossier de la cause (trente pièces), ainsi que les pièces 101 à 108 sous bordereau I. Elle a requis en mains du recourant « toute correspondance, preuve de paiement ou autre document établissant que le Recourant était à jour au 8 juillet 2019 avec le paiement de ses primes d'assurance-maladie de janvier à avril 2019 ». Dans sa réplique du 3 février 2022, le recourant a relevé que l'intimée admettait à présent que le montant impayé était de 1'144 fr. 80, alors que le commandement de payer mentionnait un montant de 1'174 fr. 80, différence qui ne faisait que renforcer ses doutes quant au fondement de la prétention de la Caisse. Produisant les attestations de paiement des mois de janvier à avril 2019 (annexe I), les explications du 27 mai 2019 de Me W._____, mandataire de l'époque (annexe II), ainsi qu'une copie d'un échange de courriels entre H._____ et la Caisse du 28 septembre 2020 au 8 décembre 2020 (annexe III), le recourant a estimé qu'il avait démontré avoir réglé ses primes de janvier à avril 2019, si bien qu'il n'y a aucune raison permettant de justifier la comptabilisation du paiement relatif à la prime de juillet 2019 sur un autre mois. Dans sa duplique du 31 mars 2022, l'intimée a confirmé les conclusions de sa réponse du 10 janvier 2022, sous suite de frais et dépens. Elle a indiqué avoir réclamé le paiement d'un montant de 1'174 fr. 80 le 2 octobre 2020, dès lors que le recourant ne s'était acquitté que d'un montant de 61'712 fr. 90, tout en admettant la légère erreur de 30 francs. Elle a produit

les pièces 109 à 116 sous bordereau II, soit notamment un décompte de primes du 26 avril 2019 pour la période de facturation allant du 1^{er} janvier au 30 avril 2019 pour le recourant (2'349 fr. 80), son épouse (2'349 fr. 80), ses fils G. _____ (739 fr. 80) et M. _____ (304 fr. 80), soit un total de 5'743 fr. 80 (pièce 109) et un extrait de comptabilité de la Caisse concernant les paiements de primes effectués par le recourant et comptabilisés pour la période du 1^{er} janvier au 30 avril 2019 (pièce 110). Dans son écriture du 27 mai 2022, le recourant a maintenu qu'au moment du décompte du 27 avril 2020, la prime du mois de juillet 2019 avait déjà été payée, puisqu'il a démontré s'être acquitté de toutes les primes allant de janvier à juillet 2019. Il a produit les annexes 1 et 2. Dans ses déterminations du 1^{er} juillet 2022, l'intimée a produit les pièces 117 à 119 sous bordereau III, dont un tableau comptable de la totalité des paiements reçus à la suite de l'arrangement de paiement n° 41735758. Elle a confirmé les conclusions prises dans son écriture du 10 janvier 2022. Dans son écriture du 22 août 2022, le recourant a confirmé avoir payé l'ensemble des montants dus. b) Par acte du 31 janvier 2022, T. _____, également représentée par le CSP, a interjeté un recours auprès de la Cour des assurances du Tribunal cantonal vaudois et a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'admission du recours, à l'annulation de la décision sur opposition du 16 décembre 2021 et de la décision du 30 avril 2021, à la reconnaissance de son droit au changement d'assurance, la Caisse étant en outre sommée de retirer la poursuite n° [...]. Les arguments développés dans son recours sont identiques à ceux de son époux dans son recours du 26 octobre 2021, raison pour laquelle il y a lieu de s'y référer. Elle a déposé un lot de vingt-deux pièces. La cause a été enregistrée sous le numéro de référence AM 2/22. Dans sa réponse du 31 mars 2022, l'intimée, également représentée par Me Isabelle Jaques, avocate à Lausanne, a conclu au rejet du recours et à la jonction des causes AM 30/21 et AM 2/22. Elle a repris pour l'essentiel les mêmes arguments que dans sa réponse du 10 janvier 2022 au recours AM 30/21. Elle a produit le dossier de la cause (trente pièces), ainsi que les pièces 101 à 109 sous bordereau I. Dans sa réplique du 27 mai 2022, la recourante a déclaré qu'elle ne s'opposait pas à une jonction des causes AM 30/21 et AM 2/22. La recourante a repris pour l'essentiel les arguments déjà développés par son époux dans sa réplique du 3 février 2022 à laquelle il y a lieu de se référer. Elle a produit un lot de quatre pièces. Dans sa duplique du 16 août 2022, l'intimée a confirmé qu'il restait un montant impayé de 1'144 fr. 80 correspondant à la prime de juillet 2019 selon le bulletin de versement émis le 20 juin 2020 quelle que soit la méthode de comptabilisation des primes reçues. Quant à la différence de 30 fr. entre le montant de la prime impayée allégué en procédure de 1'144 fr. 80 et la somme de 1'174 fr. 80 qui avait été réclamée dans la poursuite n° [...], elle correspond à des frais d'honoraires d'établissement des arrangements de paiement (cf. pièce 105) d'un montant de 30 fr. qui a été payé par les recourants, mais qui doit être déduite de la somme due. L'intimée a conclu au rejet du recours, estimant que c'était à bon droit qu'elle avait refusé un changement de caisse. c) Par courrier du 16 janvier 2024, la juge instructrice a invité l'intimée à se déterminer sur les versements du 4 mai 2019 (annexe I, pièce 7 ; pièce 10/1). Si le premier versement avait été comptabilisé sur la prime de juin 2019 (pièce 116 du bordereau II), l'écriture du 1^{er} juillet 2022 ne contenait aucune explication concernant le deuxième versement, pas plus que les pièces produites sous bordereau II. Dans son écriture du 14 février 2024, l'intimée a constaté que la prime du mois de juillet 2019, objet de la présente procédure, avait été payée le 15 juillet 2022 par le canton de Vaud, produisant à cet effet un justificatif comptable interne, ce qui prouvait selon elle que le recourant ne s'était pas acquitté de cette prime lors de l'introduction d'instance. La décision sur opposition litigieuse était dès lors justifiée. L'intimée a estimé

que la procédure de recours était devenue sans objet vu « l'acquiescement » du recourant, respectivement le paiement de la prime litigieuse. L'intimée a ajouté que le recourant aurait pu changer d'assureur le 1^{er} janvier 2023 au plus tôt s'il en avait le cas échéant fait la demande, ce qu'il n'a pas fait, étant précisé qu'il lui avait récemment indiqué qu'il n'entendait pas changer d'assureur. Dans ses déterminations du 20 février 2024, le recourant s'est étonné de connaître l'existence de ce paiement avec un retard de plus de 18 mois et demi. Au demeurant, la pièce produite par l'intimée a uniquement permis d'expliquer comment la Caisse avait comptabilisé un versement effectué le 15 juillet 2022 par le canton de Vaud. Si l'intimée estimait que cela prouvait l'existence d'une créance ouverte relative à la prime de juillet 2019, elle devrait au moins démontrer le lien entre le versement du canton du 15 juillet 2022 et la prime de juillet 2019. Le recourant a ainsi constaté que l'intimée n'était toujours pas en mesure de démontrer l'existence d'une créance ouverte au 31 décembre 2020, qualifiant la comptabilisation de la Caisse de peu compréhensible pour ne pas dire chaotique. Quand bien même l'intimée semblait désormais considérer qu'il n'avait plus de dette envers elle, le recourant souhaitait obtenir une décision quant à son droit de quitter la Caisse au 31 décembre 2020 et « faire valoir et réactiver » l'assurance qu'il avait souscrit dès le 1^{er} janvier 2021. Victime d'une injustice, le recourant estimait avoir un intérêt légitime à ce que sa cause soit définitivement et clairement tranchée. Dans son écriture du 8 avril 2024, l'intimée a regretté que malgré la production de la preuve du paiement par le canton de la prime d'assurance-maladie en souffrance, le recourant persistait dans sa position, à savoir que la prime aurait été payée à l'ouverture de la procédure de recours. L'intimée a indiqué que les échanges de correspondances avec le canton au sujet des primes impayées se faisaient uniquement au moyen d'un système électronique, raison pour laquelle elle ne s'est pas immédiatement rendue compte de ce paiement. Elle a en outre produit un justificatif comptable prouvant les montants facturés pour l'année 2021 au canton de Vaud, soit selon ses explications : « a. CHF 587.40 pour la prime de juillet 2019 du Recourant ainsi que les primes de janvier à avril 2021 en souffrance de CHF 2'441.00 (4 x CHF 610.25), dont à déduire les primes pour avril 2021 pour CHF 617.50. Cela correspond à un montant net de CHF 2'410.90. b. CHF 587.40 pour la prime de juillet 2019 de Mme T. _____ ainsi que les primes de janvier à avril 2021 par CHF 2'441.00 (4 x CHF 610.25), dont à déduire les primes de janvier à avril 2021 par CHF 1'714.00. En d'autres termes, un montant net de CHF 1'314.40 a été réclamé au Canton de VAUD ». L'intimée a dès lors fait valoir auprès du canton un montant total de 3'725 fr. 30 pour les recourants, montant dont il s'est acquitté le 15 juillet 2022. La prime de juillet 2019 a dès lors bel et bien été payée par le canton à la date précitée. Par courrier du 10 avril 2024 aux parties, la juge instructrice a prononcé la jonction des causes AM 30/21 et AM 2/22, la procédure se poursuivant en conséquence sous le n° AM 30/21. L'intimée était en outre invitée à compléter ses déterminations du 8 avril 2024 compte tenu de la jonction de cause prononcée et pour répondre au courrier du 16 janvier 2024 de la Cour de céans s'agissant de la comptabilisation du deuxième versement qui semblait avoir été effectué le 4 mai 2019. Dans son écriture du 21 mai 2024, l'intimée a indiqué que le deuxième versement de 1'174 fr. 80 du 4 mai 2019 avait été comptabilisé et ventilé sur la prime LAMal du mois de juillet 2018 de la famille et a produit une capture d'écran à cet effet. Les recourants ne se sont pas déterminés plus avant. E n d r o i t : 1. a) La LPGA est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans

les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposés en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), les recours sont recevables.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés 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. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) En l'espèce, les conclusions prises par les recourants ne sont recevables que dans la mesure où elles portent sur l'objet de la contestation, défini par les décisions sur opposition des 30 septembre et 16 décembre 2021. En l'occurrence, les décisions sur opposition litigieuses, en tant qu'elles confirment intégralement les deux décisions du 30 avril 2021, se limitent à constater le maintien de l'affiliation des recourants à l'intimée au-delà du 31 décembre 2020. La conclusion du recourant sommant la Caisse de retirer la poursuite n° [...] est par conséquent irrecevable, car elle sort du cadre du présent litige. On relèvera à toutes fins utiles que l'intimée a requis le 14 juin 2021 de l'office des poursuites compétent le retrait et la radiation de la poursuite précitée à l'encontre du recourant. c) Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était en droit de refuser la résiliation par les recourants des rapports d'assurance-maladie obligatoire avec effet au 31 décembre 2020.

3. a) Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 126 V 268 consid. 3b et la référence). Aussi l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse, ce qui implique l'obligation de payer des primes (art. 61 al. 1 LAMal). b) Les personnes tenues de s'assurer sont libres de choisir leur assureur (art. 4 LAMal). L'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (art. 7 al. 1 LAMal). Lorsque la volonté de changer d'assureur résulte de la communication de la nouvelle prime, les assurés doivent respecter un délai de résiliation de leur contrat d'un mois (art. 7 al. 2 LAMal), ne pas être en retard dans le paiement des primes, des participations aux coûts, des intérêts moratoires ainsi que des frais de poursuite (art. 64 a al. 6 LAMal) et être affiliés à un nouvel assureur qui en a fait la communication à l'ancien assureur (art. 7 al. 5, première phrase, LAMal). Le retard de paiement survient lors de la notification de la sommation visée aux art. 64 a al. 1 LAMal et 105 b al. 1 OAMal (art. 105 l al. 1 OAMal). La sommation doit donc être notifiée à l'assuré un mois avant l'échéance du délai de résiliation pour que la conséquence prévue par la loi – impossibilité de changer d'assureur – puisse intervenir (TF 9C_51/2016 du 2 novembre 2016 consid. 4.3). c) L'assureur doit en outre d'une part informer l'assuré des conséquences d'un retard de paiement sur la possibilité de changer d'assureur (art. 105 l al. 2 OAMal). Il doit d'autre part informer l'assuré et le nouvel assureur du maintien de l'affiliation en cas de non-paiement de l'arriéré avant l'expiration du délai pour changer d'assureur (art. 105 l al. 3 OAMal). Ce devoir d'information de l'assureur implique que ce dernier précise à l'assuré si des arriérés existent concrètement et, si oui, pour quel montant. En cas d'omission fautive de l'assureur de renseigner l'assuré, ce dernier, à défaut de connaître le montant exact de ses arriérés, ne pourrait pas s'en acquitter et l'assureur pourrait être tenu pour responsable de

l'impossibilité de changer d'assureur. Un tel comportement entraînerait alors pour l'assureur, selon les circonstances, une obligation de réparer le dommage, soit le remboursement de la différence avec la prime inférieure du nouvel assureur (art. 7 al. 6 LAMal) (TF 9C_367/2017 du 10 novembre 2017 consid. 5.2). d) Le canton peut exiger que l'assureur annonce à l'autorité cantonale compétente les débiteurs qui font l'objet de poursuites (art. 64 a al. 2 LAMal). L'assureur annonce à l'autorité cantonale compétente les débiteurs concernés et, pour chacun, le montant total des créances relevant de l'assurance obligatoire des soins (primes et participations aux coûts arriérées, intérêts moratoires et frais de poursuite) pour lesquelles un acte de défaut de biens ou un titre équivalent a été délivré durant la période considérée. Il demande à l'organe de contrôle désigné par le canton d'attester l'exactitude des données communiquées et transmet cette attestation au canton (al. 3). Le canton prend en charge 85 % des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3 (al. 4). L'assureur conserve les actes de défaut de biens et les titres équivalents jusqu'au paiement intégral des créances arriérées. Dès que l'assuré a payé tout ou partie de sa dette à l'assureur, celui-ci rétrocède au canton 50 % du montant versé par l'assuré (al. 5). 4. En l'occurrence, les recourants font valoir pour l'essentiel que l'intimée ne pouvait légitimement pas les considérer comme étant « en retard de paiement » lors de la résiliation effective de leur police d'assurance et leur interdire de changer d'assureur. a) On ne saurait suivre les recourants dans leurs explications lorsqu'ils affirment qu'ils s'étaient acquittés au 31 décembre 2020 de l'ensemble du montant réclamé par l'intimée. En réalité, le litige trouve son origine en 2019 et plus précisément durant la période allant du 1^{er} janvier au 31 juillet 2019, le recourant faisant valoir qu'il s'est acquitté de la prime-maladie du mois de juillet 2019, alors que l'intimée soutient que la prime-maladie de juillet 2019 figurait dans le plan de paiement n° 41735758, car le paiement effectué le 8 juillet 2019 avait été comptabilisé sur l'arriéré de prime de janvier-avril 2019 (cf. courriel du 27 mai 2020). Il convient de déterminer quels sont les montants versés par les recourants de janvier à juillet 2019, respectivement pour la période de janvier à avril 2019. La prime-maladie mensuelle due pour chacun des époux était de 587 fr. 40 fr. en 2019. Pour M. _____ et G. _____, elle était respectivement de 101 fr. 60 (548 fr. 60 - subside mensuel de 447 fr.) et de 246 fr. 60 (548 fr. 60 - subside mensuel de 302 fr.). Toutefois, le décompte de primes du 26 avril 2019 pour la période allant du 1^{er} janvier au 30 avril 2019 (pièce 109 ; bordereau II) permet de constater que les primes-maladie pour M. _____ et G. _____ n'ont été requises que jusqu'à fin mars 2019, sans explication particulière. Ce décompte s'articule de la manière suivante : 586 fr. 40 pour chacun des époux, soit 4'699 fr. 20 (587 fr. 40 fr. X 2 X 4), auquel s'ajoutent 304 fr. 80 (101 fr. 60 X 3) pour M. _____ et 739 fr. 80 (246 fr. 60 X 3) pour G. _____, ce qui correspond à un montant total de 5'743 fr. 80 fr. pour les mois de janvier à avril 2019. Contrairement aux allégations du recourant (écriture du 22 août 2022, p. 3), il n'est pas contestable que la prime-maladie de 1'174 fr. 80 payée le 6 avril 2019 a été comptabilisée sur le mois de mai 2019 (pièce 115), alors que les deux primes-maladie payées le 4 mai 2019 ont été comptabilisées sur les mois de juillet 2018 (capture d'écran produite par l'intimée avec son écriture du 21 mai 2024) et juin 2019 (pièce 116), raison pour laquelle il ne peut en être tenu compte pour la période de janvier à avril 2019. En ce qui concerne la période précitée, il ressort de l'extrait de la comptabilité de l'intimée (pièce 110) que cette dernière a reçu les paiements suivants : 1'892 fr. le 19 mars 2019, 805 fr. 80 le 21 mai 2019, 101 fr. 60 le 14 mai 2019, 493 fr. 20 le 14 mai 2019, 101 fr. 60 le 14 mai 2019, 1'174 fr. le 4 juin 2019 et 1'174 fr. 80 le 8 juillet 2019, ce qui équivaut à un montant total de 5'743 fr. 80, correspondant précisément à la somme réclamée

sur le décompte de primes du 26 avril 2019 pour la période allant du 1^{er} janvier au 30 avril 2019 (pièce 109 ; bordereau II). Il n'y a pas eu d'autres versements des recourants comptabilisés pour la période en question et les intéressés n'ont, au demeurant, pas été en mesure de prouver dans leurs écritures successives que l'intimée avait omis de tenir compte d'autres versements affectés à la période en question. A ce stade, il n'y a pas lieu de se pencher plus avant sur l'affectation des paiements, notamment sur le décompte du 2 octobre 2020 dont on peine à comprendre le fondement compte tenu des explications figurant dans le courriel du 27 mai 2020 et des pièces comptables, à savoir que la prime-maladie du mois de juillet 2019 demeure impayée, le versement de 1'174 fr. 80 effectué le 8 juillet 2019 ayant été comptabilisée pour la période allant du 1^{er} janvier au 30 avril 2019 (pièce 110).

b) Il convient encore d'examiner si le recourant s'est finalement acquitté de l'ensemble du montant de 62'857 fr. 70 correspondant à des arriérés de primes (y compris celle de juillet 2019) et de prestations de soins, conformément à l'arrangement de paiement n° 41735758 du 27 avril 2020 payable en une mensualité de 15'714 fr. 35 et trois mensualités de 15'714 fr. 45, étant précisé que l'intimée n'a, à ce stade, plus réclamé les frais de rappel et de sommation qu'elle avait le droit de solliciter selon les conditions générales d'assurance. Le recourant s'est acquitté d'un montant de 15'714 fr. 35 le 28 mai 2020, puis de 15'714 fr. 45 le 29 juin 2020 en utilisant les bulletins de versement référencés, conformément à l'accord de paiement échelonné. Toutefois, en raison du versement de paiements séparés d'un montant total de 2'174 fr. 90 (hors référence à l'arrangement de paiement n° 41735758), l'intimée a dû établir le 29 juin 2020 un nouveau plan de paiement fractionné n° 172293580 d'un montant de 43'823 fr. 65 concernant les prestations et les primes au 31 décembre 2018 à raison d'une mensualité de 14'607 fr. 85 et de deux mensualités de 14'607 fr. 90 (ce plan ne tenait toutefois pas compte du versement de 15'714 fr. 45 intervenu à la même date). Ce nouvel arrangement de paiement recensait uniquement les primes et prestations impayées jusqu'au 26 octobre 2018 et n'avait pas pour objectif, comme l'a relevé l'intimée, de déterminer le solde encore dû. Les recourants se sont acquittés le 30 juillet 2020 d'un montant de 14'607 fr. 85, puis le 22 septembre 2020 d'un montant de 13'501 fr. 35. L'addition de l'ensemble des montants versés par les recourants (1'979 fr. 80 ; 187 fr. 15 ; 7 fr. 95 ; 15'714 fr. 35 ; 15'714 fr. 45 ; 14'607 fr. 85 et 13'501 fr. 35) correspond à la somme de 61'712 fr. 90. Comparé au montant de 62'857 fr. 70, un manco de 1'144 fr. 80 doit être mis en évidence en lieu et place de 1'174 fr. 80, ce que l'intimée a admis (réponse du 10 janvier 2022 et duplique du 31 mars 2022). Cette différence provient de la comptabilisation d'une somme de 30 fr. versée par le recourant (cf. arrangement de paiement fractionné n° 172293580) à titre d'honoraires d'établissement des arrangements de paiement (déterminations du 1^{er} juillet 2022 de l'intimée, p. 4), laquelle n'était toutefois pas prévue dans le premier arrangement de paiement fractionné. c) Au vu des éléments précités, il y a lieu de retenir qu'au 31 décembre 2020, les recourants étaient en retard de paiement, dès lors qu'ils avaient régulièrement reçu pour chaque facture un rappel et une sommation, étant précisé que la somme résiduelle dont ils devaient s'acquitter était de 1'144 fr. 80 et non de 1'174 fr. 80. Dans ces conditions, c'est à juste titre que l'intimée a retenu que les recourants ne pouvaient changer d'assureur au vue de l'arriéré de primes. Les recourants ne pouvaient pas non plus se prévaloir de l'une des exceptions prévues à l'art. 64 a al. 6, deuxième phrase, LAMal. En particulier, ils n'étaient pas dans la situation de devoir changer d'assureur parce qu'ils auraient changé de résidence ou d'emploi (art. 7 al. 3 LAMal). Quant à l'intimée, elle n'avait pas cessé de pratiquer l'assurance-maladie sociale (art. 7 al. 4 LAMal). 5. a) Au stade de la procédure judiciaire, après vérification, l'intimée a constaté

dans son écriture du 14 février 2024 que le canton de Vaud garantissait le paiement des prestations encore en suspens et a donc admis la possibilité d'une résiliation du contrat pour le 31 décembre 2022. L'intimée a produit avec son écriture du 8 avril 2024 un justificatif comptable prouvant les montants facturés pour l'année 2021 au canton de Vaud et a estimé que le recours était devenu sans objet. b) Il convient de prendre acte que le canton de Vaud s'est notamment acquitté le 15 juillet 2022 d'un montant de 1'174 fr. 80 correspondant à la prime-maladie du mois de juillet 2019, information finalement transmise le 8 avril 2024 par l'intimée. Les explications avancées par l'intimée pour justifier son retard à annoncer à la Cour de céans la prise en charge du montant – à la base du présent litige – par le canton de Vaud sont difficilement compréhensibles. De manière générale, on ne peut que s'étonner des difficultés majeures rencontrées par l'intimée pour fournir spontanément des renseignements précis sur la comptabilisation de chaque versement. A toutes fins utiles, on rappellera que le montant dont le canton de Vaud devait s'acquitter était de 1'144 fr. 80 et non de 1'174 fr. 80, élément dont l'intimée avait connaissance depuis début janvier 2022 à tout le moins (cf. réponse du 10 janvier 2022 de l'intimée) et qu'elle aurait dû communiquer à l'autorité compétente avant son versement du 15 juillet 2022. c) En tout état de cause, le changement d'assureur ne pouvait s'opérer pour les recourants qu'à partir du 1^{er} janvier 2023, ce qu'admet l'intimée (écriture du 14 février 2024). Cela étant, on se limitera à indiquer que la conséquence légale de l'impossibilité de changer d'assureur du fait de l'ancien assureur n'est pas la reconnaissance rétroactive du changement d'assureur, mais le devoir de l'ancien assureur de verser des dommages-intérêts conformément aux principes généraux du droit de la responsabilité civile (TF 9C_203/2021 du 2 février 2022 consid. 7.2). Il n'appartient toutefois pas à la Cour de céans d'examiner cette question dans le cadre du présent litige. 6. a) En définitive, il convient de retenir qu'au moment de la résiliation de leur contrat en novembre 2020, les recourants étaient en retard de paiement d'un montant de 1'144 fr. 80. Par conséquent, le recours déposé le 26 octobre 2021 par Q._____, doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité. Le recours déposé le 31 janvier 2022 par T._____ est, quant à lui, rejeté. La décision sur opposition rendue le 30 septembre 2021 à l'encontre de Q._____ et celle du 16 décembre 2021 à l'encontre de T._____ par L._____ AG sont confirmées. b) Il est renoncé à la perception de frais judiciaires au vu des circonstances (art. 50 LPA-VD). Les recourants n'ont pas droit à des dépens, dès lors qu'ils n'obtiennent pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). La partie intimée n'y a pas davantage droit, dès lors qu'elle a agi en qualité d'institution chargée de tâches de droit public (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également ATF 128 V 323). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours déposé le 26 octobre 2021 par Q._____ doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité. II. Le recours déposé le 31 janvier 2022 par T._____ est rejeté. III. Les décisions sur opposition rendues les 30 septembre 2021 et 16 décembre 2021 par L._____ AG sont confirmées. IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Centre social protestant Vaud (pour Q._____ et T._____), à Lausanne, ■ L._____ AG, 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). Le greffier :

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