

VD_GERICHTE ZE18.031533 vom 25. Januar 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-01-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE18.031533

FR: VD_GERICHTE ZE18.031533 du 25 janvier 2019

IT: VD_GERICHTE ZE18.031533 del 25 gennaio 2019

Erwägungen

E. 22

octobre 2015, sommé l'assuré de s'acquitter de la prime et des frais de sommation, pour un total de 305 fr. 60 pour chaque prime impayée, respectivement jusqu'au 17 septembre, 11 octobre et 20 novembre 2015. Les factures de primes n° [...], n° [...] et n° [...] du 17 août 2015 correspondant aux primes des mois d'octobre à décembre 2015 étant demeurées impayées malgré des rappels des 23 octobre, 24 novembre et 21 décembre 2015, M. _____ a, par courriers des 24 novembre et 21 décembre 2015, ainsi que 18 janvier 2016, sommé l'assuré de s'acquitter de la prime et des frais de sommation, pour un total de 305 fr. 60 pour chaque prime impayée, respectivement jusqu'au 20 décembre 2015, 20 janvier 2016 et 17 février 2016. Les factures de primes n° [...], n° [...] et n° [...] du 23 novembre 2015 correspondant aux primes des mois de janvier à mars 2016 étant demeurées impayées malgré des rappels des 21 février et 18 mars 2016, M. _____ a, par courriers des 18 mars et 18 avril 2016, sommé l'assuré de s'acquitter de la prime et des frais de sommation, pour un total de 318 fr. 80 pour chaque prime impayée, respectivement jusqu'au 15 avril et 15 mai 2016. Les factures de primes n° [...], n° [...] et n° [...] du 22 février 2016 correspondant aux primes des mois d'avril à juin 2016 étant demeurées impayées malgré des rappels des 18 avril, 18 mai et 21 juin 2016, M. _____ a, par courriers des 18 mai, 21 juin et 22 août 2016, sommé l'assuré de s'acquitter de la prime et des frais de sommation, pour un total de 318 fr. 80 pour chaque prime impayée, respectivement jusqu'au 17 juin 2016, 21 juillet 2016 et 21 septembre 2016.

- 4 - Les factures de primes n° [...], n° [...] et n° [...] du 17 mai 2016 correspondant aux primes des mois de juillet à septembre 2016 étant demeurées impayées malgré des rappels des 22 août et 21 septembre 2016, M. _____ a sommé l'assuré de s'acquitter de la prime et des frais de sommation, pour un total de 318 fr. 80 pour chaque prime impayée, respectivement jusqu'au 21 octobre 2016 et 18 novembre 2016. Par décision du 14 octobre 2015, M. _____ a levé l'opposition au commandement de payer n° [...], à concurrence du montant de 916 fr. 80 plus intérêt à 5 % l'an (primes impayées de janvier à mars 2015). Cette décision a été retournée à M. _____, faute d'avoir été réclamée. A la demande de M. _____ du 6 novembre 2015, le contrôle des habitants d' [...] a confirmé que l'assuré était toujours inscrit dans son fichier à la même adresse. Par une nouvelle décision du 9 mars 2016, M. _____ a levé l'opposition au commandement de payer n° [...], à concurrence du montant de 916 fr. 80 plus intérêt à 5 % l'an (primes impayées de janvier à mars 2015). Par décision du 10 février 2016, M. _____ a levé l'opposition au commandement de payer n° [...], à concurrence du montant de 1'648 fr. plus intérêt à 5 % l'an (primes impayées d'avril à août 2015). Par une nouvelle décision du 23 avril 2016, M. _____ a levé l'opposition au commandement de payer n° [...], à concurrence du montant de 1'648 fr. plus intérêt à 5 % l'an (primes impayées d'avril à août 2015). Par

décision du 20 avril 2016, M. _____ a levé l'opposition au commandement de payer n° [...], à concurrence du montant de 1'222 fr. 70 plus intérêt à 5 % l'an (primes impayées de septembre à décembre 2015).

- 5 - A la demande de M. _____ du 18 juillet 2016, le contrôle des habitants a indiqué que l'adresse actuelle était toujours à [...] et qu'il n'avait pas encore annoncé son départ. A la demande de M. _____ des 20 octobre 2016 et 26 janvier 2017, le contrôle des habitants a indiqué que l'assuré ne résidait plus à [...] depuis le 31 mai 2016 et que la destination était inconnue. Le 13 septembre 2017, M. _____ a transmis à l'Office vaudois de l'assurance-maladie (OVAM) une demande de radiation, laquelle a été refusée par l'office précité le 22 novembre 2017 qui a transmis une nouvelle adresse soit Route de [...] à [...]. Le 8 janvier 2018, M. _____ a adressé à l'Office des poursuites du district de [...] une réquisition de poursuite pour les primes impayées d'octobre 2014 à septembre 2016 à hauteur d'un montant de 6'305 fr. 80, s'ajoutaient des frais administratifs par 925 fr. et des frais de notification par 649 francs. Le 19 janvier 2018, l'Office des poursuites du district de [...] a notifié à l'assuré un commandement de payer auquel il a fait opposition totale (poursuite n° [...]). A la suite de l'envoi par M. _____ de deux factures relatives aux primes 2017 et 2018, l'assuré a, par courrier du 18 janvier 2018, retourné les factures en question à M. _____, précisant qu'il n'était pas affilié auprès de leur compagnie, dès lors qu'il n'avait pas signé de contrat. Il était à l'étranger depuis fort longtemps et il n'était rentré en Suisse que le 1er octobre 2017. Il avait dû s'inscrire au social et le Centre Social Régional (CSR) s'est occupé de lui, ainsi que l'Agence d'assurances sociales (AAS) pour l'obtention d'un subside en matière d'assurance-maladie. Il a d'ailleurs signé un contrat avec la X. _____, raison pour laquelle sa situation est régularisée. Par courrier du 24 janvier 2018, M. _____ a informé l'assuré qu'elle n'avait pas eu connaissance de son départ du territoire Suisse et qu'il était assuré auprès d'elle depuis le 1er janvier 2010 sans interruption.

- 6 - Elle demandait à l'assuré de prendre contact avec l'OVAM et de lui faire parvenir une attestation de départ indiquant la date de son départ et la destination. Par décision du 24 janvier 2018, M. _____ a levé l'opposition au commandement de payer n° [...], à concurrence du montant de 7'879 fr. 80 plus intérêt à 5 % l'an (primes impayées d'octobre 2014 à septembre 2016). L'assuré s'est opposé à cette décision le 19 février 2018, confirmant son départ de Suisse à fin 2015 pour l' [...], mais entériné que le 31 mai 2016. Il a produit une attestation de départ de la commune d' [...], ainsi qu'une attestation d'arrivée de la Commune de [...] au 1er octobre 2017. Rappelant avoir sollicité l'octroi de subsides, il a indiqué avoir tenté de prendre contact avec l'OVAM, sans succès, l'Agence d'assurances sociales lui ayant précisé que son dossier était toujours en cours. Le 6 mars 2018, M. _____ a demandé à l'assuré de compléter un questionnaire afin de déterminer si son départ entraînait la fin de l'obligation d'assurance. Par courrier du 4 avril 2018, l'assuré a indiqué que la signature apposée sur le contrat d'assurance n'était pas la sienne et qu'il n'était donc pas assuré auprès de leur compagnie. S'agissant du questionnaire, il ne voyait pas l'utilité de le compléter, dès lors qu'il avait transmis les attestations de départ et de retour en Suisse. Il ne voyait en outre pas l'utilité de résilier une police dont il n'avait pas connaissance. Par courrier du 13 avril 2018, M. _____ a rappelé à l'assuré que toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie selon l'art. 3 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10). M. _____ a dès lors enjoint l'assuré à lui transmettre une attestation d'assurance-maladie de base selon

la

- 7 - LAMal mentionnant la date d'affiliation ainsi que la date de signature de celle-ci dès le 1er janvier 2010. Un échange de courriers a eu lieu entre l'assuré et M._____. Par décision sur opposition du 19 juin 2018, M._____ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision de mainlevée du 24 janvier 2018. B. Par acte du 18 juillet 2018, D._____ recourt auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition du 19 juin 2018. Il conclut au non fondement des prétentions de l'intimée et à la reconnaissance de son affiliation auprès de la X._____. Il produit un lot de pièces, notamment une confirmation d'assurance de la X._____ avec effet au 1er octobre 2017, ainsi que deux prononcés de l'OVAM du 20 février 2018 relatifs à l'octroi d'un subside depuis le 1er octobre 2017, respectivement depuis le 1er janvier 2018. Dans sa réponse du 14 novembre 2018, l'intimée transmet une décision de reconsidération du 14 novembre 2018 au sens de l'art. 53 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) annulant et remplaçant sa décision sur opposition du 19 juin 2018, réduisant le montant total réclamé à 6'604 fr. 60, soit 6'305 fr. 80 au titre des primes impayées d'octobre 2014 à mai 2016, des frais de sommation par 595 fr., des frais d'ouverture de dossier par 330 fr. et des frais de notification par 649 francs. L'intimée a notamment considéré ce qui suit : "[...] Dès lors qu'aucun paiement n'était intervenu suite aux sommations envoyées, concernant vos primes d'octobre 2014 à septembre 2016, une procédure de poursuite avait été engagée en 2015 déjà, puis réengagée en 2018, après de multiples recherches visant à établir votre domicile et finalement la communication de l'OVAM du 22 novembre 2017 selon laquelle votre domicile est à [...]. Vous avez ainsi fait opposition totale au commandement de payer N°[...], notifié le 19 janvier 2018, puis à notre décision au sens de l'art. 49 LPGA levant votre opposition en date du 24 janvier 2018.

- 8 - Par courrier du 24 janvier 2018, nous vous avons également informé du fait de nos multiples démarches effectuées auprès de l'OVAM et de nos nombreuses recherches infructueuses et qu'en l'état actuel de votre dossier, nous étions dans l'obligation de maintenir votre contrat d'assurance. Toutefois, nous vous prions de prendre contact avec l'OVAM et de nous faire parvenir une attestation de départ indiquant la date de votre départ et la destination. Par la suite, nous vous avons invité à compléter un formulaire afin de pouvoir enregistrer votre départ à l'étranger qui ne nous avait pas été communiqué pour le 31 mai 2016 et en raison des nombreux paramètres nécessaires à déterminer si votre départ entraîne la fin de l'obligation d'assurance en Suisse. Vous n'avez pas donné suite à ce formulaire et ces démarches, estimant, en substance, que cela n'était pas pertinent au vu de votre situation. Par la suite, nous avons requis en date du 13 avril 2018, une attestation d'assurance- maladie de base selon la LAMal mentionnant la date d'affiliation ainsi que la date de signature de celle-ci. Nous avons réitéré notre demande en date du 16 mai 2018, à savoir que les dispositions en vigueur nous obligent à avoir la confirmation officielle de votre départ pour l'étranger en 2016, ainsi que votre adhésion auprès d'un assureur reconnu en Suisse dès votre retour. Ce n'est qu'au stade de votre recours que vous nous avez transmis une attestation de la X._____ assurance attestant d'une couverture à compter du 1er octobre 2017. Quand bien même nous vous avons invité à nous renseigner sur votre situation en répondant à un formulaire afin de déterminer, en raison des nombreux paramètres nécessaires à prendre en compte, si votre départ entraînait la fin de l'obligation d'assurance, vous n'y avez pas donné suite. En suite de nos investigations auprès de

l'OVAM, cet office compétent pour décider d'accorder une exemption, nous a informés qu'après avoir examiné votre dossier, il nous autorisait à suspendre votre contrat pour la période du 31 mai 2016 au 1er octobre 2017, date depuis laquelle vous bénéficiez d'un subside RI et à laquelle vous êtes affilié auprès de la X. _____. Après confirmation de leur part que dite suspension du contrat équivalait à une exemption, nous vous avons confirmé la résiliation de votre contrat d'assurance au 31 mai 2016. A ce sujet, nous précisons que le constat d'inexécution de saisie du 14 septembre 2015 de l'Office des poursuites de [...] que vous avez joint à votre recours et duquel il ressort que la saisie n'avait pu être exécutée en raison de votre absence temporaire – étant précisé que selon les déclarations de votre frère, vous étiez parti depuis plusieurs mois à l'étranger pour une durée indéterminée – ne constituait pas un document nous garantissant un départ officiel de la Suisse. Au vu de ce nouvel état de fait, nous avons par conséquent avisé l'Office des poursuites de [...] qu'un crédit équivalant au montant des primes facturées durant cette période d'exemption devait être comptabilisé sur la poursuite N°[...], à savoir CHF 1'155.20, correspondant aux primes de juin, juillet, août et septembre 2016 (4x CHF 288.80). Par avis d'acompte du 18 octobre 2018, nous avons encore requis de l'Office des poursuites de [...] qu'il enregistre l'acompte de CHF

- 9 - 120.00 correspondant des frais de sommation et de CHF 790.40 correspondant à un amortissement des intérêts échus figurant sur le commandement de payer N°[...]. Pour le reste, les primes d'octobre 2014 à mai 2016 n'ayant pas été payées malgré l'envoi de rappels et de sommations, c'est à juste titre que nous avons engagé des poursuites, comme la loi l'impose aux assureurs (art. 64a al.2 LAMal). [...]” L'intimée a en outre produit un courrier du 3 octobre 2018 de l'OVAM, ainsi que deux avis d'acompte des 12 et 18 octobre 2018 à l'Office des poursuites du district de [...]. Dans sa réplique du 4 décembre 2018, le recourant confirme n'avoir pas signé de proposition d'assurance, être dans l'ignorance d'une obligation d'assurance de base, étant précisé qu'il n'a pas coûté un franc en frais médicaux durant la période litigieuse. Il ajoute s'être brouillé avec les personnes qui l'ont hébergé en [...], raison pour laquelle il lui est difficile de demander une confirmation de sa présence chez eux. Il conclut enfin à la radiation de la poursuite auprès de l'Office des poursuites. Dans sa duplique du 7 janvier 2019, l'intimée confirme la teneur de sa décision de reconsidération, ainsi que les conclusions contenues dans son courrier du 14 novembre 2018. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGa (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAMal). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGa) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGa). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGa).

- 10 - En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, vu le domicile de l'assuré dans le canton de Vaud ; il satisfait en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGa), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière. b) L'intimée a rendu une décision en reconsidération datée du 14 novembre 2018, en guise de réponse au recours du 18 juillet 2018. Aux termes de celle-ci, M. _____ a confirmé les montants dus par le recourant, tels que figurant dans sa décision 19 juin 2018, mais a tenu compte du fait que l'OVAM avait autorisé à suspendre le contrat de l'intéressé pour la période allant du 31

mai 2016 au 1er octobre 2017 (date à partir de laquelle le recourant bénéficie d'un subside RI et est affilié auprès de la X. _____), déduisant de ce fait un montant de 1'155 fr. 20 (correspondant aux primes de juin à septembre 2016 ; 4 x 288 fr. 80), ainsi qu'un montant de 120 fr. (correspondant aux frais de sommation). La décision sur opposition du 19 juin 2018 a ainsi été rectifiée dès lors qu'il convenait de tenir compte de ce nouvel acompte sur la poursuite n° [...], le montant dû à l'assureur étant désormais de 6'604 fr. 60 en lieu et place de 7'879 fr. 80. Selon l'art. 53 al. 3 LPGA, un assureur peut reconsidérer une décision contre laquelle un recours a été formé, jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours. Si l'intimée avait entièrement donné raison au recourant dans sa nouvelle décision, la procédure contre la première décision serait devenue sans objet (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3e éd., Zurich/Bâle/Genève 2015, nos 77 ad art. 53 LPGA et 144 ad art. 61 LPGA ; Andrea Pfleiderer, in : Bernhard Waldmann/Philippe Weissenberger [édit.], Praxiskommentar Verwaltungsverfahrensgesetz, 2e éd., Zurich/Bâle/Genève 2016, n° 48 ad art. 58 PA). Tel n'est cependant pas le cas en l'espèce, dans la mesure où le recourant maintient que la poursuite précitée doit être radiée. Dans la mesure où le recourant n'a pas déclaré qu'il se contentait du résultat de la décision du 14 novembre 2018 rendue par l'intimée en lieu et place de sa réponse, et que celle-ci n'a pas réglé

- 11 - toutes les questions à la satisfaction du recourant, le litige subsiste et le tribunal doit continuer à procéder conformément à ce que prévoit l'art. 58 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021), applicable par renvoi de l'art. 55 LPGA. Le tribunal saisi doit donc entrer en matière sur le recours, sans que le recourant ne doive attaquer le nouvel acte administratif (cf. aussi arrêts de la Cour de céans ACH 20/12 – 95/2012 consid. 2 et 6 et AI 168/12 - 65/2014 du 4 mars 2014 consid. 1d). c) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c et ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, est litigieux le bien-fondé de la décision en reconsidération rendue le 14 novembre 2018 par l'intimée, confirmant que le recourant lui est redevable du montant de 6'604 fr. 60, soit 6'305 fr. 80 au titre des primes impayées d'octobre 2014 à mai 2016, des frais de sommation par 595 fr., des frais d'ouverture de dossier par 330 fr. et des frais de notification par 649 francs. Tel que précisé par le recourant dans son écriture du 4 décembre 2018, ce dernier conteste l'ensemble du

- 12 - montant réclamé, soit le montant des primes exigé, les frais administratifs et les frais de notification. 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 265 consid. 3b et la référence citée). Aussi consacre-t-elle le principe de l'obligation d'assurance : à 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). Lorsque l'affiliation a lieu dans les délais prévus à l'art. 3 al. 1 LAMal, l'assurance déploie ses effets dès la naissance ou la prise de domicile en Suisse (art. 5 al. 1, 1ère phrase, LAMal). L'art. 5 al. 2 LAMal prévoit qu'en cas d'affiliation tardive, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation. L'assuré doit verser un supplément de prime si le retard n'est pas excusable. Le Conseil fédéral fixe, à cette fin, des taux indicatifs en tenant compte du niveau des primes au lieu de résidence de l'assuré et de la durée du retard. Si le paiement du supplément de prime met l'assuré dans la gêne, l'assureur réduit ce montant en tenant compte équitablement de la situation de l'assuré et des circonstances du retard. 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 (art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (art. 64 LAMal). Les primes d'assurance-maladie doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois (art. 90 OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102]). c) Les assureurs ne sont pas libres de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts. Au contraire, au regard des

- 13 - principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale (art. 5 let. f LSAMal [loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale ; RS 832.12]), ils sont tenus de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés par la voie de l'exécution forcée selon la LP (loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite ; RS 281.1) (TF 9C_742/2011 du 17 novembre 2011 consid. 5.1 ; cf. également art. 105b OAMal). L'art. 64a LAMal prévoit que 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 30 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 imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites (al. 2, 1ère phrase). Le Conseil fédéral règle les modalités de la procédure de sommation et de poursuite (al. 8, 2e phrase). L'art. 105b al. 1 OAMal précise 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 sur d'autres retards de paiement éventuels. L'assureur qui entend procéder au recouvrement d'une créance peut choisir entre, premièrement, agir pour obtenir d'abord un jugement condamnant au paiement de la créance et introduire ensuite la poursuite ou, deuxièmement, requérir en premier lieu la poursuite puis, en cas d'opposition au commandement de payer de l'assuré, agir par la voie de la procédure administrative pour faire reconnaître son droit. Selon le second mode de procéder, l'assureur doit rendre une décision condamnant le débiteur à lui payer une somme d'argent et lever lui-même l'opposition au commandement de payer (ATF 121 V 109). La continuation de la poursuite ne pourra ensuite être requise que sur la base de la décision passée en force qui écarte expressément l'opposition (ATF 134 III 115 consid. 4.1 et 4.1.2 ; TF 9C_414/2015 du 16 octobre 2015 consid. 4.2.1).

- 14 - d) 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 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 du 21 septembre 1998 concernant l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, 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. 64a al. 1 et 2 LAMal) d'exiger le paiement de l'intégralité des primes dues dès lors que celles-ci sont échues (TF 9C_5/2008 du 13 février 2008 consid. 1.4). Dans le canton de Vaud, l'art. 9 al. 1 LVLAMal (loi du 25 juin 1996 d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie ; BLV 832.01) prévoit que les assurés de condition économique modeste peuvent bénéficier d'un subside pour le paiement de tout ou partie de leurs primes de l'assurance obligatoire des soins. Selon l'art. 25 al. 1 RLVLAMal (règlement du 18 septembre 1996 de la LVLAMal ; BLV

- 15 - 832.01.1), le droit au subside prend naissance le premier jour du mois suivant celui où la demande de subside est déposée, sous réserve de l'alinéa 1bis ; lorsque le requérant établit avoir été empêché sans sa faute de déposer plus tôt sa demande, il peut être accordé exceptionnellement un subside avec effet rétroactif, mais au plus tôt dès le début de la période de subside en cours. L'art. 25 al. 1bis RLVLAMal prévoit que lorsqu'une personne devient bénéficiaire de l'une des catégories particulières de subside au sens de l'article 18 al. 1 let. b et al. 2 LVLAMal, le droit au subside prend naissance le premier jour du mois au cours duquel la modification de la condition de l'assuré donnant droit au subside est survenue. 4. Dans un premier moyen, le recourant remet en cause son affiliation à l'intimée depuis le 1er janvier 2010, soutenant que la signature sur la proposition du contrat d'assurance n'est pas la sienne. a) Les motifs du recourant pour contester son affiliation auprès de l'intimée dès 2010 sont dénués de pertinence. Ainsi, en 2010, le recourant avait son domicile en Suisse (selon l'attestation de départ de la commune d'[...] du 16 février 2018) et il ne pouvait dès lors se soustraire au principe de l'obligation d'assurance (art. 3 al. 1 LAMal). Sur la base de sa proposition d'assurance, il a été affilié à l'intimée dès le 1er janvier 2010. La question de savoir si la signature apposée sur la proposition du contrat d'assurance est celle de l'assuré peut rester indécise, car le fait que le recourant se soit acquitté régulièrement de ses primes d'assurance-maladie obligatoire depuis la date précitée, démontre qu'il ne s'est pas opposé au principe de son affiliation auprès de M. _____ pour l'assurance obligatoire des soins, objet de la police d'assurance n°[...]. A toutes fins utiles, on se référera également à la demande du 25 juin 2012 de l'assuré auprès de M. _____ tendant à la résiliation de sa police d'assurance n°[...], qui a été rejetée par l'intimée faute pour l'intéressé de s'être acquitté de certaines redevances concernant la

police précitée. M. _____ avait alors précisé dans son courrier du 24 janvier 2013 que le contrat d'assurance obligatoire des soins était maintenu en vigueur au 1er janvier

- 16 - 2013. Dans ce contexte, le recourant ne saurait se prévaloir du principe de la protection de la bonne foi. b) En définitive, l'argumentation du recourant selon laquelle la police d'assurance n°[...] ne saurait lui être opposé faute de contenir sa signature ne peut être prise en compte, la Cour de céans retenant que dite affiliation est applicable dès le 1er janvier 2010. 5. Dans un second moyen, le recourant indique qu'il avait quitté la Suisse en 2015, raison pour laquelle il ne saurait s'acquitter des primes réclamées jusqu'au 31 mai 2016. a) aa) L'assurance obligatoire de soins est fondée sur l'affiliation obligatoire. Ainsi, aux termes de l'article 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. A teneur de l'article 1 al. 1 OAMal, le domicile des personnes tenues de s'assurer conformément à l'article 3 LAMal correspond au domicile des articles 23 à

E. 26

CC (TF 9C_217/2007 du 8 avril 2008 consid. 5.1). Cette disposition a une teneur similaire à l'article 13 al.1 LPGA, qui renvoie lui aussi expressément aux articles 23 à 26 CC. bb) Au sens de l'article 23 al. 1 CC, le domicile de toute personne est au lieu où elle réside avec l'intention de s'y établir ; le séjour dans une institution de formation ou le placement dans un établissement d'éducation, un home, un hôpital ou une maison de détention ne constitue en soi pas le domicile. Selon la jurisprudence, pour savoir si une personne réside dans un lieu avec l'intention de s'y établir, ce qui importe n'est pas la volonté interne de cette personne mais les circonstances, reconnaissables pour des tiers, qui permettent de déduire qu'elle a cette intention (ATF 97 II 1 consid. 3 = JdT 1972 I 348). cc) L'article 24 CC dispose, quant à lui, que toute personne conserve son domicile aussi longtemps qu'elle ne s'en est pas créé un

- 17 - nouveau (al. 1). Le lieu où elle réside est considéré comme son domicile, lorsque l'existence d'un domicile antérieur ne peut être établie ou lorsqu'elle a quitté son domicile à l'étranger et n'en a pas acquis de nouveau en Suisse (al. 2). Cette disposition concrétise le principe de la nécessité du domicile en droit suisse. Chaque personne doit disposer d'un domicile et qu'il ne peut y être renoncé que lorsqu'un nouveau domicile a été constitué, en Suisse ou à l'étranger. Si une personne a quitté son domicile sans s'en constituer un nouveau, le domicile antérieur se poursuit en tant que domicile fictif (BaslerKommentar-Daniel STAEBLIN, n° 1 ad art. 24 CC). Cette interprétation est la seule compatible avec le principe de la nécessité du domicile. Comme le relève la doctrine, il n'existe pas de limite temporelle au domicile fictif (Berner Kommentar-BUCHER, n° 23 ad art. 24 CC), qui se poursuit tant que l'intéressé ne s'est pas constitué un nouveau domicile. Ainsi, personne ne doit pouvoir se soustraire à une obligation juridique du fait qu'il serait sans domicile (ATF 138 II 300 consid. 3.6.1). b) En l'occurrence, l'OVAM a finalement dispensé l'intéressé de l'obligation d'assurance pour la période du 31 mai 2016 au 1er octobre 2017 (cf. courrier du 3 octobre 2018 à l'intimée), dès lors que le contrôle des habitants d'[...] avait attesté du départ de l'assuré précisément dès le

E. 31

mai 2016 et que la commune de [...] avait confirmé une arrivée le 1er octobre 2017 en provenance de [...] en [...]. Faute pour le recourant d'avoir pu prouver qu'il s'était constitué

un domicile en [...] en 2015, c'est à juste titre que l'intimée a maintenu l'affiliation de l'assuré jusqu'au 31 mai 2016. Les seules déclarations du frère du recourant ne permettent pas de déduire que son domicile au sens de l'article 23 CC ne se trouvait plus en Suisse à la date précitée. Il ne saurait être question de faire une exception pour le recourant du simple fait qu'il ne s'entend plus avec la famille qui l'a hébergée en [...], qu'il a été escroqué par son frère ou qu'il ne serait pas à même de gérer ses propres affaires compte tenu des principes de la légalité et de l'égalité de traitement (art. 5 al. 1 et 8 al. 1 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), étant précisé que selon la jurisprudence, la capacité de discernement doit en principe être présumée, sur la base de l'expérience

- 18 - générale de la vie (ATF 134 II 235 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 6B_152/2010 du 23 avril 2010 consid. 2.1). c) En définitive, aucun élément au dossier ne permet à la Cour de céans de s'éloigner de la solution retenue par l'intimée, à savoir que le recourant était affilié auprès de M. _____ du 1er janvier 2010 au 31 mai 2016. 6. En l'espèce, il convient de déterminer le montant des primes dues et d'examiner si la procédure de recouvrement a été respectée par l'assureur. a) L'intimée réclame un montant de 5'150 fr. 60 (6'305 fr. 80 – 1'155 fr. 20), correspondant aux primes dues pour les mois d'octobre à décembre 2014 (3 x 257 fr. 65, soit 772 fr. 95), aux primes dues pour les mois de janvier à décembre 2015 (11 x 275 fr. 60, étant précisé que le solde de la prime due pour septembre 2015 est de 155 fr. 90 [par déduction], soit 3'187 fr. 50) et aux primes dues pour les mois de janvier à mai 2016 (4 x 288 fr. 80), étant précisé que le solde de la prime due pour mai 2016 est de 34 fr. 95 [par déduction], soit 1'190.15). b) Les factures de primes concernées par le litige ont toutes fait l'objet d'un rappel et d'une mise en demeure. Les rappels relatifs aux primes d'octobre à décembre 2014 ont été adressés au recourant les 20 novembre et 15 décembre 2014, suivis de sommations le 29 décembre 2014. Les rappels relatifs aux primes de janvier à décembre 2015 ont été adressés au recourant les 19 février, 12 mars, 26 juin, 22 juillet, 20 août et 14 septembre, 23 octobre, 24 novembre et 21 décembre 2015 suivis de sommations les 24 mars, 22 juillet, 20 août, 14 septembre et 22 octobre, 24 novembre et 21 décembre 2015, ainsi que 18 janvier 2016. Les rappels relatifs aux primes de janvier à mai 2016 ont été adressés au recourant les 21 février, 18 mars, 18 avril et 18 mai 2016 suivis de sommations les 18 mars, 18 avril, 18 mai et 21 juin 2016. Le commandement de payer n°[...] a ainsi été précédé d'une série de factures, rappels et sommations, permettant au recourant d'identifier clairement les montants à payer,

- 19 - notamment les frais supplémentaires engendrés. De fait, la procédure de recouvrement a été appliquée conformément à l'art. 64a LAMal. c) Le montant réclamé au titre des primes dues pour les mois d'octobre 2014 à mai 2016 par le recourant, soit 5'150 fr. 60, est confirmé. 7. La procédure de recouvrement des primes a engendré des frais de rappel, d'intervention et de poursuite, du fait du comportement fautif de l'assuré, qui ne s'est pas exécuté à temps. a) Lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement en temps opportun, l'assureur peut percevoir, dans une mesure appropriée, des frais administratifs, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré (art. 105b al. 2 OAMal). Selon les dispositions d'exécution complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal – constituant les conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) de l'intimée –, l'assuré paie ses primes à l'avance ; les primes, les franchises et les quotes-parts sont payables à l'échéance indiquée sur la facture (art. 3 ch. 1 al. 1 et 2 phr. 1 CGA). Passé ce

délai – précise l’art. 3 ch. 1 al. 2 phr. 2 CGA –, l’assureur peut percevoir un intérêt moratoire ainsi que des frais administratifs, notamment pour établir des rappels, des sommations et engager des poursuites. Les frais de poursuite incombent dans ce cas au débiteur (TF K 21/04 du 5 juillet 2004 consid. 3 ; cf. art. 68 al. 1 LP). Plus particulièrement, s’agissant des dépenses causées à l’assureur par la faute de l’assuré au sens de l’art. 105b OAMal, hors des frais de poursuite, le Tribunal fédéral a notamment considéré comme proportionnés des frais administratifs globaux de 50 fr. constitués de 20 fr. de frais de rappel et de 30 fr. de frais de sommation pour une poursuite (TF 9C_88/2014 du 24 février 2014). b) L’art. 26 al. 1 LPGA prévoit que les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d’intérêts moratoires. Aux termes 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. Le dies a quo de l’intérêt

- 20 - moratoire est fixé au lendemain de l’échéance de la prime mensuelle concernée et court jusqu’à la fin du mois durant lequel l’ordre de paiement est donné (art. 7 al. 2 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11]). c) En l’occurrence, l’intimée était tenue d’agir en vue du recouvrement des montants exigibles, en vertu de l’obligation imposée aux assureurs de recouvrer les primes et participations aux coûts impayés. Au demeurant, le retard de paiement a contraint l’intimée à déployer une activité de rappel et de recouvrement dont il n’appartient ni à l’assureur, ni à la communauté des assurés d’assumer les coûts. Dans ce contexte, il convient d’admettre que des frais de sommation de 595 fr. pour un montant en souffrance de 5'150 fr. 60, compte tenu du fait qu’il s’agissait de vingt factures distinctes n’est pas excessif, ce d’autant plus que l’intimée n’a semble-t-il pas reporté les frais de rappel. Quant au montant de 330 fr. (2 x 90 fr. + 1 x 120 fr.) de frais d’ouverture de dossier, il faut comprendre qu’il tend à couvrir les frais qu’a impliqués en 2015 la constitution du dossier en vue de la préparation et de l’envoi de trois réquisitions de poursuite au sens de l’art. 3 ch. 1 al. 2 phr. 2 CGA. Ces frais réclamés au recourant se trouvent en adéquation et dans un rapport raisonnable avec les prestations fournies par l’intimée et n’ont procuré à l’intimée aucun enrichissement, de sorte qu’il n’y a pas lieu de les réduire. Enfin, l’intimée sollicite le paiement d’un montant de 649 fr. figurant pour la première fois sur le commandement de payer n° [...] à titre de « frais de première notification ». Certes, l’intimée a déployé une activité conséquente afin de tenter, à tout le moins dès 2015, de notifier divers courriers au recourant, faute pour ce dernier d’avoir informé M. _____ de son changement d’adresse au 31 mai 2016. On relèvera toutefois qu’aucun frais de première notification ne figurait sur les décisions rendues en 2016 par l’intimée au sens de l’art. 49 LPGA relatives au non-paiement des primes 2015, ce qui laisse à penser que les frais en question ne concernent finalement que le non-paiement des primes de janvier à mai 2016. Au vu de ces éléments et dès lors que l’intimée n’a versé à la procédure aucune pièce justificative attestant le montant de 649 fr., la Cour de céans ne saurait confirmer le montant précité.

- 21 - d) S’agissant des intérêts moratoires de 5 %, ils sont expressément prévus par les art. 26 al. 1 LPGA et 105a OAMal. Quant aux frais de poursuite, l’art. 68 al. 1 LP prévoit expressément que les frais de poursuite sont à la charge du débiteur, même si le créancier en fait l’avance. Ces frais sont donc également dus par le recourant poursuivi, et suivent le sort de la poursuite, sans qu’il soit nécessaire de prononcer la mainlevée de l’opposition à leur égard. 8. a) Vu ce qui précède, le recours doit être très partiellement admis et la décision de reconsidération du 14 novembre 2018, rendue en lieu et place de la décision sur opposition

du 19 juin 2018, attaquée initialement, est réformée en ce sens que l'opposition au commandement de payer dans le cadre de la poursuite n° [...] est levée à concurrence du montant de 5'955 fr. 60 (6'604 fr. 60 – 649 fr.). b) La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice (art. 61 let. a LPGA). En sa qualité d'assureur social, l'intimée n'a pas droit à l'allocation de dépens (ATF 128 V 323). Par ces motifs, la juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est très partiellement admis. II. La décision de reconsidération du 14 novembre 2018, rendue en lieu et place de la décision sur opposition du 19 juin 2018, attaquée initialement, est réformée, en ce sens que l'opposition au commandement de payer dans la poursuite n° [...] de l'Office des poursuites du district de [...] est levée à concurrence du montant de 5'955 fr. 60 (cinq mille neuf cent cinquante-cinq francs et soixante centimes).

- 22 - III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La juge unique : Le greffier : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - D._____, - M._____, - Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), 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.