

## VD\_GERICHTE ZE18.035561 vom 5. Juni 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-06-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZE18.035561](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE18.035561)

FR: VD\_GERICHTE ZE18.035561 du 5 juin 2019

IT: VD\_GERICHTE ZE18.035561 del 5 giugno 2019

### Erwägungen

#### E. 7

septembre 2018. A l'appui de cette indication, elle produit un relevé des subsides communiqué par l'OVAM, établi sous la forme suivante: Du Au Canton Fournisseur RP-  
Date de Type

- 5 - Montant l'annonce d'annonce 01.2018 12.2019 Vaud Arcosana 115.00 10.09.2018 11.2017 12.2017 Vaud Arcosana 70.00 10.09.2018 10.2017 10.2017 Vaud Arcosana 409.35 10.09.2018 01.2017 04.2017 Vaud Arcosana 409.35 17.07.2017 01.2017 04.2017 Vaud Arcosana 409.35 14.07.2017 Nouvelle décision 12.2016 Vaud Arcosana 409.35 07.09.2018 Interruption Interpellée le 1er mars 2019 par la juge instructrice en charge du dossier, l'intimée a confirmé le 7 mars 2019 n'avoir reçu aucun subside pour les mois de juin à septembre 2017 concernant le recourant et précisé que les arriérés faisant l'objet de la décision sur opposition du 18 juin 2018 demeureraient impayés à ce jour. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). 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, déposé 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), le recours est recevable. c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

- 6 - 2. Le présent litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition rendue le 18 juin 2018 par I. \_\_\_\_\_ prononçant la mainlevée de l'opposition au commandement de payer dans le cadre de la poursuite n° 8546460 pour des primes de l'assurance-maladie obligatoire des soins relatives aux mois de juin à septembre 2017 pour un montant total de 1'637 fr. 40, auquel s'ajoutent des frais administratifs par 150 francs. 3. a) Aux termes de l'art. 1a al. 1 LAMal, la présente loi régit l'assurance-maladie sociale. Celle-ci comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières. Son financement 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). Selon l'art. 90 OAMal, les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois. b) Conformément l'art. 64a al. 1 et 2 LAMal, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une

sommation, précédée d'au moins un rappel écrit. Il lui impartit un délai de trente jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement (al. 1). Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites. Le canton peut exiger que l'assureur annonce à l'autorité cantonale compétente les débiteurs qui font l'objet de poursuites (al. 2). 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. Le créancier à la poursuite duquel il est fait opposition au commandement de payer agit ensuite par la voie de la procédure civile ou administrative pour faire reconnaître son droit (art. 79, première phrase, de la loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite [LP ; RS 281.1]). L'assureur qui entend procéder au recouvrement d'une créance peut donc choisir entre, premièrement, agir

- 7 - 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. 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 (TF 9C\_414/2015 du 16 octobre 2015 consid. 4.2.1). c) 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). 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 consid. 3.1). d) En vertu de l'art. 26 al. 1, première phrase, LPGA, les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires. A cet effet, l'art. 105a OAMal précise que le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élève à 5 % par année. Le texte de cette disposition doit être interprété restrictivement, en ce sens que des intérêts moratoires ne peuvent pas être perçus sur des arriérés de participations aux coûts (TF K 40/05 du

## **E. 12**

janvier 2006 consid. 4.2.1). Faute pour le Conseil fédéral d'avoir fait usage, à tout le moins dans le domaine de l'assurance-maladie, de la délégation de compétence de l'art. 26 al. 1, deuxième phrase, LPGA, l'intérêt moratoire est également dû, conformément aux modalités

- 8 - prévues à l'art. 7 al. 2 OPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11), pour les créances de cotisations modestes ou échues depuis peu (TF K 68/04 du 26 août 2004 consid. 5.3.4, in SVR 2006 KV no 2 p. 3). A noter que l'art. 7 al. 2 OPGA précise que l'intérêt moratoire est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du

mois durant lequel l'ordre de paiement est donné. La perception d'un intérêt moratoire est une obligation imposée expressément à l'autorité par l'art. 26 al. 1 LPGA. Impérative, cette disposition s'applique même lorsque, en raison notamment d'une procédure contentieuse, une longue période s'écoule avant que la situation juridique ne soit définitivement éclaircie. Peu importe à cet égard qu'aucune faute ne puisse être imputée à la personne assurée. L'intérêt moratoire sert en effet à compenser de manière forfaitaire l'avantage que le justiciable a obtenu en conservant la libre disposition des sommes qu'il aurait dû verser, à savoir leur rendement. Il est loisible à la personne assurée souhaitant interrompre le cours de l'intérêt moratoire de s'acquitter en tout temps - sous réserve de l'issue de la procédure - des sommes qui lui sont réclamées. Si celles-ci devaient s'avérer par la suite dénuées de fondement, la personne assurée aurait alors droit au remboursement de la somme versée, ainsi qu'à l'intérêt rémunérateur adéquat (TF 9C\_38/2014 du 24 avril 2014 consid. 2.2). En outre, l'obligation de payer ces intérêts existe également lorsque l'inobservation du délai est le fait d'une autre autorité, notamment de l'administration fiscale. Le début du cours des intérêts ne saurait, dès lors, dépendre des motifs pour lesquels les cotisations n'ont pas été payées à l'échéance, la seule exigence étant qu'il y ait eu du retard dans le paiement des cotisations (TF 9C\_38/2014 du 24 avril 2014 consid. 2 et 9C\_119/2013 du 29 août 2013 consid. 7). 4. a) En l'occurrence, le montant des primes facturées par l'assureur-maladie n'est pas contesté par le recourant. On observera à cet égard que les primes des mois de juin et juillet 2017 sont facturées conformément à la police d'assurance établie le 4 mars 2017, à hauteur

- 9 - 409 fr. 35. Quant aux primes d'août et septembre 2017, l'assureur a facturé dans un premier temps un montant de 409 fr. 35, puis il a établi un décompte correctif le 5 août 2017 pour tenir compte de la hausse de la prime mensuelle consécutive au déménagement de l'assuré dans le canton de Vaud, conformément à la police d'assurance établie le 15 juillet 2017. Le montant supplémentaire de 278 fr. n'a pas été réclamé dans le cadre de la procédure de recouvrement litigieuse. La somme de 1'637 fr. 40 (409 fr. 35 x 4) réclamée par I.\_\_\_\_\_ à l'assuré, au titre des primes d'assurance dues pour les mois de juin à septembre 2017, n'est par conséquent pas critiquable, ce montant étant inférieur à celui auquel l'assureur-maladie pouvait prétendre pour la période considérée, conformément aux polices d'assurance précitées. 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 de juin, juillet, août et septembre 2017 ont été adressés au recourant les 15 juillet 2017 (primes de juin et de juillet), 12 août 2017 et

## **E. 16**

septembre 2017. Ils ont été suivis de sommations, puis d'une réquisition de poursuite le 27 décembre 2017. Le commandement de payer a été précédé d'une série de factures, rappels et sommations, permettant au recourant d'identifier clairement les montants à payer, notamment les frais supplémentaires engendrés. De fait, la procédure de recouvrement a été appliquée conformément aux dispositions de l'art. 64a LAMal. c) L'assureur-maladie a facturé, au stade de la réquisition de poursuite, un montant de 150 fr. au titre de frais administratifs. On déduit de ce montant qu'il comprend les frais de sommation de 15 fr. facturés les 12 août, 16 septembre et 14 octobre 2017. Il faut admettre que les frais de sommation de 60 fr. (4x15) compte tenu du fait qu'ils concernent quatre factures distinctes, ne sont pas excessifs, ce d'autant que l'intimée n'a pas prélevé de frais de rappel. Le solde de 80 fr. (150 fr. – 60 fr.) facturé au titre de frais administratifs couvre de façon appropriée

les démarches entreprises par l'intimée au stade de la procédure de recouvrement (ouverture du dossier, réquisition de poursuite notamment).

- 10 - Il n'y a par conséquent pas lieu de réduire les frais administratifs facturés, étant souligné que le montant de 150 fr. dont il est question ne procure vraisemblablement aucun enrichissement à l'intimée. d) Le montant de l'intérêt moratoire (5 % de 1'637 fr. 40) et la période sur laquelle il est calculé (dies a quo fixé au 1er juillet 2017) ne prêtent pas flanc à la critique (cf. consid. 3d supra). e) Enfin, le recourant ne conteste pas les frais de poursuite lesquels suivent le sort de la poursuite (art. 68 LP ; cf. TFA K 88/05 du 1er septembre 2006 consid. 5) et ne font donc pas l'objet de la décision sur opposition litigieuse. 5. Le recourant allègue néanmoins avoir droit aux subsides de l'assurance-maladie pour l'année 2017, de sorte qu'il devrait être libéré de l'obligation de s'acquitter des primes d'assurance-maladie dues pour les mois de juin à septembre 2017. 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 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

- 11 - 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 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. b) En l'occurrence, il ressort du dossier que l'assuré n'était pas bénéficiaire des subsides de l'assurance-maladie pour les mois de juin à septembre 2017. En effet, selon les relevés de subsides, non datés, communiqués par l'OVAM à I.\_\_\_\_\_ (pièce n° 4 et n° 31 produites par l'intimée), et dont l'assuré ne conteste pas la teneur, un droit au subside a

- 12 - été ouvert en faveur de l'assuré à compter du mois d'octobre 2017 seulement.

L'intimée a, à cet égard, confirmé n'avoir reçu aucun subside en faveur du recourant pour la période considérée (cf. courrier du 8 mars 2019). En tout état de cause, même à admettre que le droit aux subsides pour les mois de juin à septembre 2017 faisait encore l'objet d'une instruction auprès de l'OVAM lorsque I.\_\_\_\_\_ a rendu la décision sur opposition litigieuse, le recourant restait tenu de s'acquitter de l'intégralité des primes fixées par l'assureur dans l'attente de la décision de l'OVAM pour l'octroi dudit subside (cf. consid. 5a supra). 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 est tenu de s'acquitter de l'intégralité des primes fixées par l'assureur, frais administratif et intérêts moratoires en sus. 6. a) Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 18 juin 2018 par I.\_\_\_\_\_, est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La juge unique : La greffière :

- 13 - Du L'arrêt qui précède est notifié à : - M.\_\_\_\_\_, à [...], - I.\_\_\_\_\_, à [...], - Office fédéral de la santé public, 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.