

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 octobre 2023

Composition : M. NEU, juge unique
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

V._____, à l._____, recourant,

et

ASSURA-BASIS SA, au Mont-sur-Lausanne, intimée.

Art. 42 et 64 LAMal

E n f a i t :

A. a) V. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1951, est assuré depuis le 1^{er} janvier 1998 auprès d'Assura-Basis SA (ci-après : Assura ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10). Il est au bénéfice du modèle « Basis » avec libre choix du médecin et de la pharmacie, risque accident inclus, avec une franchise de 2'500 francs.

b) Le 26 juin 2022, le Département de psychiatrie de l'Hôpital X. _____ a fait parvenir à Assura une facture relative à une prestation du 27 mai 2022 pour un montant de 174 fr. 55.

Assura a réglé cette facture. Le 28 juin 2022, elle a adressé à l'assuré un décompte de prestations, aux termes duquel il devait payer le montant de 174 fr. 55 dans un délai fixé au 28 juillet 2022.

Le 7 juillet 2022, l'assuré a indiqué qu'il ne s'acquitterait pas de la participation légale réclamée, au motif que la facture de l'Hôpital X. _____ était « totalement fictive ».

c) Le 24 juillet 2022, le Département de psychiatrie de l'Hôpital X. _____ a transmis à Assura une facture relative à des prestations fournies entre le 31 mai et le 21 juin 2022 pour un montant de 384 fr. 05.

Après avoir réglé cette facture, Assura a, le 26 juillet 2022, adressé à l'assuré un décompte de prestations, par lequel elle mettait le montant de 384 fr. 05 à sa charge en lui demandant de s'en acquitter dans un délai fixé au 25 août 2022.

Le 25 août 2022, l'assuré a fait savoir qu'il n'entendait pas s'acquitter du montant de 384 fr. 05 qui lui était réclamé, car il n'avait sollicité aucune prestation de la part du fournisseur de soins en question

durant la période en cause. Il a par ailleurs demandé qu'une décision formelle soit rendue.

d) Par décision du 7 septembre 2022, Assura a souligné avoir pris en charge les factures des 28 [recte : 26] juin et 24 juillet 2022 au titre de l'assurance obligatoire des soins conformément à ses décomptes de prestations des 28 juin et 26 juillet 2022. Par ailleurs, les factures précitées étaient conformes au tarif médical en vigueur. C'était dès lors à juste titre qu'elle s'en était acquittée. Aussi, l'assuré était-il invité à s'adresser au Département de psychiatrie de l'Hôpital X. _____ en cas de contestation relative au suivi médical fourni en sa faveur.

Le 11 septembre 2022, l'assuré s'est opposé à cette décision, réaffirmant qu'il n'avait bénéficié d'aucune prestation de la part de l'Hôpital X. _____ durant la période du 31 mai au 21 juin 2022, si bien que les montants qui lui étaient réclamés ne reposaient sur aucune justification. Il a en outre demandé que l'Hôpital X. _____ soit tenu de restituer à Assura « l'argent illégalement obtenu ».

e) En l'absence de règlement à l'expiration des délais impartis, Assura a adressé un rappel à l'assuré en date du 15 septembre 2022 lui réclamant le paiement d'un montant de 558 fr. 60 dans un délai fixé au 26 septembre 2022. A défaut de règlement dans ce délai, des frais supplémentaires de 30 fr. lui seraient facturés.

Par courrier du 29 septembre 2022, Assura a accusé réception de l'opposition de l'assuré du 11 septembre 2022 et l'a informé qu'elle allait réexaminer son dossier à la lumière des arguments développés et qu'une décision sur opposition lui serait adressée dans un délai approprié.

Le 8 novembre 2022, Assura a demandé à l'Hôpital X. _____ de lui confirmer que les factures du 26 juin 2022, par 174 fr. 55, et du 24 juillet 2022, par 384 fr. 05, concernaient V. _____ ; l'établissement hospitalier précité a répondu le 24 novembre 2022 que tel était le cas.

Par décision sur opposition du 5 décembre 2022, Assura a rejeté l'opposition formée par l'assuré, en reprenant les arguments figurant dans la décision du 7 septembre 2022.

B. **a)** Par acte du 5 janvier 2023, V._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois contre la décision sur opposition du 5 décembre 2022, en concluant à son annulation et à ce que l'Hôpital X._____ soit tenu de lui restituer la somme de 843 fr. 80. En substance, il faisait valoir que, conformément à son courrier du 27 juin 2022, il avait renoncé à toute consultation psychiatrique auprès de l'Hôpital X._____, si bien qu'il contestait l'existence de toute convocation de la part de cet établissement. C'était donc à tort que, dans la décision attaquée, Assura lui réclamait le paiement d'un montant de 558 fr. 60.

b) Dans sa réponse du 27 février 2023, Assura a conclu au rejet du recours. Elle a relevé que le 27 mai 2022 et du 31 mai au 21 juin 2022, le Département de psychiatrie de l'Hôpital X._____ était intervenu en faveur de l'assuré ; les factures y relatives avaient été adressées à l'assurance selon le système du tiers payant, ce qui signifiait qu'elle s'en était acquittée directement auprès du fournisseur de soins selon ses décomptes de prestations des 28 juin et 26 juillet 2022. En outre, les factures précitées étaient conformes au tarif médical en vigueur ; partant, les décomptes de prestations mentionnés devaient être considérés comme exacts et c'était donc à juste titre qu'Assura avait payé les factures en question. Assura a finalement rappelé que, puisque l'assuré est légalement tenu de participer aux coûts des prestations dont il a bénéficié, les montants de 174 fr. 55 et de 384 fr. 05 étaient bien à sa charge au titre de ses participations légales.

c) Par réplique du 23 mars 2023, l'assuré s'est plaint d'avoir versé indûment, le 29 juin 2022, la somme de 190 fr. 45, alors même que l'Hôpital X._____ ne lui avait jamais « fourni la plus petite prestation ».

d) Dupliquant le 24 avril 2023, Assura a expliqué que le versement du montant de 190 fr. 45 n'avait pas été effectué sans cause, puisque l'assuré devait s'acquitter d'une participation légale facturée par décompte de prestations du 31 mai 2022 concernant un traitement effectué par l'Hôpital X. _____ le 28 avril 2022. Elle n'était ainsi pas en mesure de rembourser ce montant à l'assuré. Au demeurant, elle n'avait pas à examiner la question d'un éventuel enrichissement illégitime dans le cadre de la présente procédure. Elle a par conséquent maintenu que l'assuré était tenu de lui régler les montants de 174 fr. 55 et de 384 fr. 05 au titre de ses participations légales.

e) S'exprimant par pli du 18 mai 2023, l'assuré a tout d'abord rappelé que, faute d'avoir été dûment mandaté par ses soins, c'était à tort que l'Hôpital X. _____ avait envoyé des factures de prestations à Assura. Dans ces conditions, il persistait à refuser de s'acquitter de sa participation légale car il n'avait pas sollicité les consultations médicales litigieuses. Il a ensuite reproché à Assura d'avoir « fabriqué » les factures litigieuses de 174 fr. 55 et de 384 fr. 05 après sa demande de décision formelle pour couvrir le manque de contrôle et le défaut de vérification de l'assurance. En conséquence, l'assuré ne pouvait que contester le montant de 588 fr. 60 (558 fr. 60 auxquels s'ajoutaient 30 fr. de frais) faisant l'objet de la sommation du 28 septembre [recte : décembre] 2022, car il était dépourvu de toute justification.

f) Dans ses déterminations du 15 juin 2023, Assura a exposé que les factures litigieuses avaient certes été imprimées le 5 septembre 2022 mais qu'il n'en demeurait pas moins qu'elles avaient été établies les 26 juin et 24 juillet 2022. En effet, comme les factures étaient envoyées par voie électronique, la date du jour figurait automatiquement sur le document à l'impression de la facture. Elle a par ailleurs rappelé que, après avoir vérifié la conformité des factures avec les prescriptions légales et tarifaires, l'assureur-maladie était tenu de par la loi à prendre en charge les prestations fournies. Le fait que l'assuré n'ait pas été d'accord avec le traitement effectué par un service de psychiatrie ne changeait rien à l'obligation de paiement de l'assureur. L'assuré ne pouvait rien déduire

non plus de son argument selon lequel ce n'était pas lui, mais des tiers, qui avaient ordonné les traitements et donc occasionné des frais. Partant, Assura a maintenu que l'assuré lui était redevable des montants de 174 fr. 55 et de 384 fr. 05 au titre de sa participation légale.

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). 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).

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. 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 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'espèce, la décision dont est recours concerne des participations à des frais de traitement en faveur du recourant selon les décomptes de prestations des 28 juin et 26 juillet 2022, demeurés impayés. Le montant de 558 fr. 60 réclamé par l'intimée au recourant correspond à la participation légale que celui-ci est tenu d'assumer à hauteur de 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part). Ce point forme donc l'objet du présent litige. Or le recourant évoque dans ses différentes écritures des moyens étrangers à ce dernier. Il s'agit plus particulièrement de la révocation d'un contrat de mandat le liant à l'Hôpital X. _____ ainsi que d'un montant de 190 fr. 45 que le recourant aurait versé à tort à l'intimée, dont celle-ci se trouverait ainsi enrichie sans cause et qu'elle devrait donc restituer. En tant qu'ils ne sont pas discutés - et encore moins tranchés - par la décision attaquée, point n'est par conséquent besoin d'examiner plus avant ces derniers griefs, d'autant que ces deux questions sont du ressort des juridictions civiles et échappent dès lors à la compétence de la Cour de céans.

3. a) Aux termes 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.

En vertu de l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations sont énumérées à l'alinéa 2 de cette disposition.

b) Selon l'art. 42 al. 1 LAMal, l'assuré est, sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. Il a dans ce cas le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant). En dérogation à l'art. 22 al. 1 LPGA, ce droit peut être cédé au fournisseur de prestations. Les assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers

payant ; art. 42 al. 2 LAMal). Il s'agit d'une forme de reprise de dette contractuelle de l'assureur vis-à-vis du fournisseur de prestations, qui a pour effet de libérer l'assuré de sa dette à l'égard de ce dernier. L'assureur devient le débiteur direct du fournisseur (ATF 141 V 546 consid. 3.3).

En l'espèce, Assura et l'Hôpital X._____, fournisseur de prestations, ont fait usage du système du tiers payant ainsi que cela ressort des factures de l'hôpital « TP » et des décomptes de prestations « tiers payant » de l'assurance. Si un tel système n'avait pas été convenu (cf. sur ce point le mémoire de réponse du 27 février 2023, p. 4), le recourant aurait dû s'acquitter intégralement des factures de l'Hôpital X._____, puis en aurait demandé le remboursement à l'intimée, sous déduction de sa participation aux coûts (art. 64 al. 1 LAMal). Or, par l'application du système du tiers payant, le recourant n'a pas eu à s'acquitter de l'intégralité des factures auprès de l'Hôpital X._____. Il n'en reste pas moins redevable à l'intimée de sa participation aux coûts.

4. a) L'art. 64 al. 1 LAMal prévoit que les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient. Leur participation comprend un montant fixe par année (franchise) et 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part), cela jusqu'à un montant annuel maximal de 700 fr. pour un adulte (art. 103 al. 2 OAMal). Les participations aux coûts constituent une dette de la personne assurée. En cas d'application du système du tiers payant, l'assureur a le droit, une fois exécutée son obligation de paiement envers le fournisseur de prestations, d'exiger le remboursement de la participation telle que prévue par la loi (TF 9C_233/2008 du 3 juin 2008 consid. 3.2).

b) Dans la décision entreprise, l'intimée rappelle que le montant réclamé au recourant se fonde sur les décomptes de prestations des 28 juin et 26 juillet 2022 à hauteur de 558 fr. 60 faisant suite à des factures de l'Hôpital X._____ des 26 juin et 24 juillet 2022 pour des consultations ayant eu lieu le 27 mai 2022 et durant la période du 31 mai au 21 juin 2022. Comme déjà relevé (cf. considérant 3b *supra*), le système du tiers payant place l'assureur dans l'obligation de s'acquitter des

factures que lui adresse le fournisseur de soins et ce, en lieu et place de l'assuré. Dès lors, si l'intention du recourant était de s'opposer aux factures en cause, il devait s'en ouvrir au fournisseur de soins concerné, seul à même de procéder à leur annulation éventuelle ; dans le cas contraire, l'art. 64 al. 1 et 2 LAMal prévoit la participation des assurés aux coûts des prestations dont ils bénéficient. Or le recourant n'a apporté aucun élément susceptible de démontrer que la créance de 558 fr. 60 ne serait pas due.

c) Conformément à l'art. 42 al. 3 LAMal, une copie de la facture adressée par le fournisseur de prestations à l'assureur doit être remise à l'assuré. Cela étant, le recourant ne prétend pas ne pas avoir reçu les factures des 26 juin et 24 juillet 2022 et les décomptes de prestations y relatifs. D'ailleurs, le fait qu'il ait prétendu que la facture du 24 juillet 2022 était « fictive » tend à suggérer qu'elle lui est bien parvenue. Quoi qu'il en soit, on doit admettre à l'aune de la vraisemblance prépondérante que le recourant avait en sa possession toutes les pièces nécessaires pour s'assurer du bien-fondé des montants réclamés. Rien au dossier ne permet de conclure qu'il n'était pas en mesure de le faire et qu'un tel effort n'était pas raisonnablement exigible de sa part. En tout état de cause, le calcul de la participation aux frais médicaux se fonde sur les dispositions légales applicables (cf. considérant 4a *supra*), de sorte qu'il ne prête pas le flanc à la critique et doit ainsi être confirmé. Enfin, même si le recourant tente de laisser entendre que sa situation financière l'empêcherait de s'acquitter du montant réclamé dans la décision entreprise, on ne peut que constater que ce moyen ne suffit pas à démontrer qu'il ne disposerait pas des ressources financières propres à régler la somme - au demeurant fort modique - que lui réclame l'intimée. Au vrai, le paiement des frais médicaux n'est pas conditionné à la situation matérielle des assurés.

d) Sur le vu de ce qui précède, il convient de retenir qu'il n'existait aucun motif faisant obstacle au règlement des factures établies par l'Hôpital X. _____ les 26 juin et 24 juillet 2022, si bien que l'intimée

était fondée à demander au recourant de s'acquitter du montant de 558 fr. 60 au titre de sa participation légale aux coûts.

5. Les considérants qui précèdent conduisent par conséquent au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition entreprise.

6. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. ^{fbis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 5 décembre 2022 par Assura-Basis SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- M. V. _____,
- Assura-Basis SA,
- Office fédéral de la santé publique,

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 :