

## **FR\_GERICHTE 608 2025 45 vom 29. April 2026**

FR Kantonsgericht, 2026-04-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2025\\_45](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2025_45)

FR: FR\_GERICHTE 608 2025 45 du 29 avril 2026

IT: FR\_GERICHTE 608 2025 45 del 29 aprile 2026

### **Erwägungen**

#### **E. 29**

août 2024, le recourant a transmis à la Caisse de compensation un décompte de son assurance- maladie faisant ressortir que les frais de CHF 2'399.40 n'étaient pas à la charge de l'assurance de base ou de couverture d'assurance complémentaire contractée auprès d'elle (dossier administratif, pièce 17). C. Par décision du 13 décembre 2024, confirmée sur opposition le 6 mars 2025, la Caisse de compensation a rejeté la demande de remboursement du montant de CHF 2'399.40 au titre de frais de maladie et d'invalidité couverts par les prestations complémentaires, au motif que les frais en question ne correspondaient pas à des prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (assurance de base) (voir dossier administratif, pièce 19 à 21). D. Par recours daté du 5 avril 2025, remis à la poste le 7 avril 2025, le recourant conteste la décision sur opposition du 6 mars 2025, concluant à ce que le montant de CHF 2'399.40 lui soit remboursé au titre de prestation complémentaire ou par le canton de Fribourg. A l'appui de sa position, il qualifie d'absurde la motivation de la Caisse de compensation selon laquelle les prestations complémentaires ne prendraient en charge que les prestations déjà prises en charge par l'assurance de base. Il affirme ensuite qu'il était impossible d'envisager une opération ailleurs qu'à B. \_\_\_\_\_, en raison du suivi médical de longue date auprès de cet hôpital faisant du reste partie des hôpitaux agréés par le canton de Fribourg pour les soins somatiques. Le 2 mai 2025, la Caisse de compensation conclut au rejet du recours en renvoyant pour l'essentiel aux motifs exposés dans la décision sur opposition. Elle ajoute en substance que la facture litigieuse se rapporte à un traitement hors canton – respectivement à la différence de tarification entre des hôpitaux de cantons différents – et qu'un tel traitement ne constituait pas une prestation obligatoire qui pouvait être couverte par les prestations complémentaires. Dans un second échange d'écritures, les parties campent sur leurs positions. E. Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 8 en droit 1. Recevabilité 1.1. En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, 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. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours (voir ATF 144 II 359 consid. 4.3 et les arrêts cités). Ce principe est formalisé à l'art. 81 al. 3 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) dont la première phrase énonce que dans son mémoire, le recourant ne peut pas prendre des conclusions qui sortent du cadre des questions qui ont été l'objet de la procédure antérieure. 1.2. En l'espèce, la décision sur opposition du 6 mars 2025 porte exclusivement

sur le droit du recourant au remboursement par la Caisse de compensation du montant de CHF 2'399.40 – correspondant à la différence de tarification entre des hôpitaux de cantons différents – au titre de frais couverts par les prestations complémentaires. Elle n'a en particulier pas pour objet un éventuel droit du recourant à un remboursement du montant en question à un autre titre. 1.3. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision sur opposition attaquée, le recours est ainsi recevable dans la mesure où il porte sur la question du droit au remboursement du montant de CHF 2'399.40 au titre de frais couverts par les prestations complémentaires. La conclusion alternative par laquelle le recourant demande que le montant de CHF 2'399.40 lui soit remboursé directement « par le canton de Fribourg » est par contre irrecevable. 2. Règles générales sur le droit aux prestations complémentaires 2.1. Dans le cadre de la réforme de la loi du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC; RS 831.30), entrée en vigueur le 1er janvier 2021, de nombreuses dispositions ont été modifiées. Les dispositions transitoires prévoient que l'ancien droit reste applicable pendant trois ans aux bénéficiaires pour lesquels les changements entraînent, dans leur ensemble, une diminution, voire la perte du droit aux prestations (voir Dispositions transitoires de la LPC du 22 mars 2019; ch. 1102 de la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales concernant les dispositions transitoires de la réforme des PC [C-R PC]). En l'espèce, il ressort du dossier (voir en particulier décision sur opposition du 26 août 2024 en lien avec une demande de restitution de prestations faisant suite au changement de législation applicable au 1er janvier 2024; dossier administratif pièce 16) que suite à l'entrée en vigueur de la réforme précitée, les dispositions légales en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020 sont restées applicables au recourant jusqu'au 31 décembre 2023 car elles lui étaient plus favorables, ce qui n'est ni contesté, ni contestable. Dans le présent arrêt qui porte sur un litige concernant le remboursement de frais facturés au recourant en 2022, les dispositions de la LPC sont dès lors citées dans leur version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 2.2. Aux termes de l'art. 2 al. 1 LPC, la Confédération et les cantons accordent aux personnes qui remplissent les conditions fixées aux art. 4 à 6 LPC des prestations complémentaires destinées à la couverture des besoins vitaux. L'art. 2 al. 2 LPC précise que les cantons peuvent allouer des prestations allant au-delà de celles prévues par la LPC et fixer les conditions d'octroi de ces prestations. Le prélèvement de cotisations patronales est toutefois exclu. Les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à des prestations complémentaires dès lors qu'elles perçoivent une rente de vieillesse de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) ou de l'assurance-invalidité (art. 4 al. 1 LPC). L'objectif de la loi est de compléter les prestations servies par les deux assurances citées pour le cas où ces prestations ne suffiraient pas à couvrir de façon appropriée les besoins vitaux d'un assuré (arrêt TF 9C\_846/2010 du 12 août 2011 consid. 4.2.1). 2.3. D'après l'art. 3 al. 1 LPC, les prestations complémentaires se composent de la prestation complémentaire annuelle (let. a) et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (let. b). Les frais de maladie et d'invalidité ne sont ainsi pas pris en considération dans le cadre de la fixation du droit à la prestation complémentaire annuelle, mais font l'objet d'un remboursement séparé (ATF 140 V 433 consid. 4.4.1). 2.4. Le montant de la prestation complémentaire annuelle correspond, en vertu de l'art. 9 al. 1 LPC, à la part des dépenses reconnues qui excède les revenus déterminants. L'énumération des dépenses reconnues par la loi est exhaustive (arrêt TF 9C\_945/2011 du 11 juillet 2012 consid. 5.1; voir chiffre 3211.01 des Directives concernant les prestations complémentaires

à l'AVS et à l'AI [DPC]). En application de l'art. 10 LPC, les dépenses reconnues comprennent les montants destinés à la couverture des besoins vitaux et des frais de logement (al. 1), ainsi que d'autres dépenses dont un montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins, correspondant au montant de la prime moyenne cantonale ou régionale pour l'assurance obligatoire des soins (al. 3 let. d). 2.5. Le remboursement des frais de maladie et d'invalidité fait quant à lui l'objet des art. 14ss LPC. 3. Règles spécifiques sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité au titre des prestations complémentaires 3.1. Selon l'art. 14 al. 1 LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais suivants de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis: frais de traitement dentaire (let. a); frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires (let. b); frais liés aux cures balnéaires et aux séjours de convalescence prescrits par un médecin (let. c); frais liés à un régime alimentaire particulier (let. d); frais de transport vers le centre de soins le plus proche (let. e); frais de moyens auxiliaires (let. f); frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal (let. g). 3.2. S'agissant plus spécifiquement des frais payés au titre de la participation aux coûts selon la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), ils résultent de l'art. 64 LAMal qui prévoit en particulier une participation des assurés au coût des prestations [d'assurance] dont ils bénéficient (al. 1), sous la forme d'une franchise correspondant à un montant fixe par année (al. 2 let. a) et d'une quote-part correspondant à 10% des coûts qui dépassent la franchise, jusqu'à un montant maximal (al. 2 let. b et al. 3).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 Selon l'art. 24 LAMal, les prestations de l'assurance obligatoire de soins (AOS), soumises à une participation des assurés au sens de ce qui précède, sont définies aux art. 25 à 31 LAMal en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 LAMal. Elles comprennent notamment les prestations générales en cas de maladie et les soins en cas de maladie (art. 25 et 25a LAMal). L'art. 32 LAMal précise notamment que les prestations concernées doivent être efficaces, appropriées et économique. L'art. 33 LAMal porte sur la désignation par le Conseil fédéral des prestations remboursées et des conditions de remboursement. L'art. 34 LAMal limite quant à lui l'étendue des prestations en énonçant le principe que les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 LAMal, sous réserve d'exceptions à prévoir par le Conseil fédéral. L'art. 41 al. 1bis LAMal prévoit qu'en cas de traitement hospitalier, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié), étant précisé qu'en cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a LAMal jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence. Dans ce contexte, l'art. 41 al. 3 LAMal énonce à sa première phrase que si, pour des raisons médicales, l'assuré se soumet à un traitement hospitalier fourni par un hôpital non répertorié du canton de résidence, l'assureur et le canton de résidence prennent à leur charge leur part respective de rémunération au sens de l'art. 49a LAMal. A sa deuxième phrase, il précise qu'à l'exception du cas d'urgence, une autorisation du canton de résidence est nécessaire. L'art. 41 al. 3bis let. b LAMal ajoute encore qu'est réputé raison médicale au sens de l'alinéa précédent notamment le cas où les prestations nécessaires ne peuvent pas être fournies dans un hôpital répertorié du canton de résidence de l'assuré. 3.3. Pour l'ensemble des frais de maladie et d'invalidité listés à l'art. 14 al. 1 LPC, y compris les frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal,

l'art. 14 al. 2 LPC ajoute que les cantons précisent quels frais peuvent être remboursés. Ils peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations. Cette délégation de compétence est reprise à l'art. 2 al. 1 let. c de la loi fribourgeoise du 16 novembre 1965 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (RSF 841.3.1), dont il ressort notamment que le Conseil d'Etat précise par voie d'ordonnance, selon l'art. 14 al. 2 LPC, quels frais sont remboursés. En vertu de ce qui précède, le Conseil d'Etat a arrêté l'ordonnance fribourgeoise du 6 septembre 2010 relative au remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires (OMPCF; RSF 841.3.21). L'art. 1 al. 1 OMPCF énonce le principe selon lequel les frais de maladie et d'invalidité, dûment établis, sont remboursés aux bénéficiaires d'une prestations complémentaire annuelle, conformément à l'art. 14 LPC, dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations. Sous le titre « Frais de maladie et d'invalidité reconnus », l'art. 8 OMPCF précise que la participation aux coûts prévus par l'art. 64 LAMal pour les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'art. 24 LAMal est remboursée. L'art. 9 OMPCF ajoute que si une personne a opté pour une assurance avec une franchise plus élevée au sens de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal; RSF 832.102), la participation aux coûts est remboursée jusqu'à

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 concurrence au maximum de celle qui est prévue avec la franchise minimale, selon l'art. 103 al. 1 et 2 OAMal. 3.4. Il résulte de ce qui précède que tant sous l'angle de la législation fédérale (art. 14 al. 1 let. g LPC – ci-dessus consid. 3.1 et 3.2) que sous l'angle de la réglementation cantonale (art. 8 OMPCF – ci-dessus consid. 3.3), seule la participation aux coûts prévus par l'art. 64 LAMal pour les prestations prises en charge par l'AOS en vertu de l'art. 24 LAMal – à savoir notamment les prestations générales en cas de maladie et les soins en cas de maladie au sens des art. 25 et 25a LAMal – est remboursée au titre de prestation complémentaire. En d'autres termes, les dispositions de la LPC et les dispositions complémentaires cantonales limitent le droit aux prestations complémentaires pour les prestations générales en cas de maladie et les soins en cas de maladie, au sens des art. 25 et 25a LAMal, à la prise en charge du montant dont l'assuré doit s'acquitter au titre de participation aux coûts au sens de l'art. 64 LAMal, à savoir la franchise et la quote-part. Plus particulièrement, les dispositions de la LPC et les dispositions complémentaires cantonales ne prévoient pas de droit aux prestations complémentaires pour des frais liés à des prestations certes dues à une maladie, mais qui ne rempliraient pas les conditions posées par les art. 25 à 33 LAMal et qui ne seraient dès lors pas couvertes par l'AOS. 4. Discussion 4.1. Le recourant demande le remboursement, au titre de prestation complémentaire, du montant de CHF 2'399.40 qui lui a été facturé en lien avec une opération de la hanche en juin 2022. Il résulte de cette facture que le montant en question correspond à la différence entre le coût du traitement dans le canton où les soins ont été administrés (canton de Vaud) et le coût du même traitement dans son canton de domicile (canton de Fribourg). 4.2. Cette différence de coût ne saurait être prise en charge dans le cadre de la prestation complémentaire annuelle, au sens de l'art. 3 al. 1 let. a LPC. En effet, l'obligation faite à l'assuré de prendre à sa charge une telle différence de coût ne fait pas partie des dépenses reconnues au sens des art. 9 al. 1 et 10 LPC. En particulier, elle doit être distinguée du montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire de soins qui est destiné à couvrir le coût des primes de cette assurance et qui est pris en charge dans le cadre de la prestation complémentaire annuelle, au sens de l'art. 10 al. 3 let. d LPC (voir

ci-dessus consid. 2.4). 4.3. Cette différence de coût ne peut pas non plus être assimilée à des frais de maladie remboursés au titre des prestations complémentaires, au sens de l'art. 3 al. 1 let. b LPC. En effet, il a été vu ci-dessus que les prestations complémentaires allouées pour des frais de maladie se limitent à la participation aux coûts (franchise et quote-part) exigée de l'assuré, conformément à l'art. 64 LAMal, en cas de prestations prises en charge par l'AOS, au sens des art. 24ss LAMal. Or, en l'espèce, la différence de coût de CHF 2'399.40 entre le canton du lieu de traitement et le canton de domicile ne correspond pas à une telle participation aux coûts au sens de l'art. 64 LAMal. C'est donc à juste titre que la Caisse de compensation a refusé la prise en charge de ce montant au titre de prestation complémentaire.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 4.4. Il peut encore être relevé que, dans ses différentes écritures, le recourant fait également valoir que la décision de se faire opérer de la hanche à B. \_\_\_\_\_, soit un établissement situé hors de son canton de domicile, est fondée sur des raisons objectives, à savoir le suivi de longue date par les médecins de cet hôpital et la plus grande proximité de celui-ci avec les membres de sa famille, ce qui facilite les visites de contrôle, ainsi que l'aide aux soins et à l'entretien. Dans son recours, il affirme même qu'il avait « l'obligation sanitaire » de se faire opérer à B. \_\_\_\_\_. A cet égard, il se réfère expressément à l'art. 41 al. 3 LAMal, à savoir plus généralement au règlement relatif à la prise en charge par l'assurance obligatoire de soins des frais de traitement en cas d'hospitalisation hors canton (voir ci-dessus consid. 3.2). Or, les explications du recourant ne permettent pas de retenir que l'opération de sa hanche n'aurait pas pu être effectuée dans le canton de Fribourg où il réside. Cela semble confirmé par les indications données par la Caisse de compensation dans ses ultimes remarques du 26 juin 2025, à teneur desquelles le HFR (établissement hospitalier du canton de Fribourg) est admis à pratiquer dans tous les domaines de l'orthopédie, à l'exception des tumeurs osseuses de la chirurgie du plexus et des réimplantations, lesquelles pourraient être prises en charge par B. \_\_\_\_\_ (voir art. 1 al. 1 et annexe 1 de l'Ordonnance fribourgeoise fixant la liste des hôpitaux et maisons de naissance admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire de soins). A cet égard, il ne ressort par ailleurs pas du dossier que le recourant aurait obtenu une autorisation du canton de Fribourg, au sens de de l'art. 41 al. 3 LAMal, ou qu'il s'agissait d'un cas d'urgence. Il apparaît dès lors que, a priori, c'est à raison que la différence de coût entre les deux cantons n'a pas été prise en charge au titre de l'AOS. Cela étant, cette question porte sur le droit du recourant à des prestations de l'AOS et il n'appartenait quoi qu'il en soit pas à la Caisse de compensation – ni du reste à la Cour de céans statuant sur recours – de la trancher. Ce qui est déterminant dans la présente cause qui concerne uniquement le droit à des prestations complémentaires, c'est que la Caisse de compensation ne pouvait pallier, par le versement de telles prestations, l'absence de reconnaissance du montant de CHF 2'399.40 en tant que prestation en cas de maladie couverte par l'AOS. 5. Sort du recours et frais 5.1. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable. 5.2. En application du principe de la gratuité prévalant en la matière, il n'est pas perçu de frais de justice. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral,

Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 29 avril 2026/msu La Présidente La Greffière-stagiaire

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