

GE_GERICHTE ATAS/468/2017 vom 8. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_468_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/468/2017 du 8 juin 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/468/2017 del 8 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

E. 3

S'agissant de la recevabilité, la Chambre de céans relève ce qui suit. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. D'après la jurisprudence, le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 136 V 295 consid. 5.9). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. Ce degré suppose en règle générale la notification d'une décision par courrier recommandé, la preuve au degré de la vraisemblance prépondérante de la notification d'une décision ne pouvant résulter d'une simple description du déroulement usuel des tâches administratives (ATF 121 V 5 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve ou de vraisemblance prépondérante en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 129 I 8 consid. 2.2). La seule présence au dossier de la copie d'une lettre n'autorise pas à conclure que cette lettre a été effectivement envoyée par son expéditeur et qu'elle a été reçue par le destinataire (ATF 101 Ia 7 consid. 1). La preuve de la notification d'un acte peut néanmoins résulter d'autres indices ou de l'ensemble des circonstances, en particulier de la correspondance échangée ou de l'absence de protestation de la part d'une personne qui reçoit des rappels (arrêt du Tribunal fédéral 9C_433/2015 du 1er février 2016 consid. 4.1).

A/3834/2016 - 11/21 - Le Tribunal fédéral a admis que les assureurs-maladie peuvent communiquer les décisions portant sur la mainlevée d'une opposition par courrier A+ (ATF 142 III 599 consid. 2.5). Dans ce mode d'expédition, les courriers sont dotés d'un numéro et envoyés de manière analogue aux courriers recommandés, la différence étant l'absence d'accusé de réception par le destinataire. La distribution est saisie de manière électronique lorsque l'envoi est déposé dans la case postale ou la boîte aux lettres. Il est ainsi possible de

suivre l'envoi jusqu'à la zone de réception du destinataire grâce au système de recherche Track & Trace (arrêt du Tribunal fédéral 9C_90/2015 du 2 juin 2015 consid. 3.1). Le relevé Track & Trace ne prouve toutefois pas que l'envoi est parvenu dans la sphère de réception du destinataire, mais simplement qu'une mention correspondante a été saisie dans le système de la poste. Ce relevé constitue ainsi tout au plus un indice du dépôt de l'envoi dans la boîte aux lettres ou la case postale du destinataire. En l'absence d'accusé de réception, il ne permet pas de démontrer si quelqu'un – et le cas échéant qui – en a pris possession (arrêt du Tribunal fédéral 2C_430/2009 du 14 janvier 2010 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, il n'est pas au-delà de toute vraisemblance qu'une erreur survienne lors de la distribution, ce qui vaut également pour le courrier A+. Une distribution incorrecte ne doit toutefois pas être présumée, mais seulement admise lorsqu'elle apparaît plausible au vu des circonstances. Il y a lieu de s'en tenir aux indications du destinataire selon lesquelles il y a eu erreur dans la distribution, lorsque sa description des circonstances paraît concevable et correspond à une certaine vraisemblance, sa bonne foi étant présumée (arrêts du Tribunal fédéral 9C_90/2015 précité consid. 3.2 et 2C_570/2011 du 24 janvier 2012 consid. 4.3). De simples hypothèses du destinataire, selon lesquelles le pli aurait pu être déposé dans la boîte aux lettres d'un voisin, ne sont pas suffisantes (arrêt du Tribunal fédéral 2C_165/2015 du 21 février 2015 consid. 2.3). En l'espèce, le recourant allègue n'avoir reçu la décision querellée que le 12 octobre 2016. Il n'est certes pas en mesure de démontrer qu'il n'en a pas eu connaissance avant. On ne saurait cependant l'exiger de lui, dès lors qu'il s'agit là de la preuve d'un fait négatif, pratiquement impossible à démontrer (arrêt du Tribunal fédéral 6B_867/2009 du 3 décembre 2009 consid. 2.5). Le relevé Track & Trace indique certes que le courrier contenant ladite décision aurait été distribué le 21 septembre 2016. Cependant, comme cela ressort de la jurisprudence, une erreur dans la distribution ne peut être exclue et ce seul relevé ne suffit pas à établir que c'est bien dans la boîte aux lettres du recourant que ce pli est parvenu. On notera que l'ensemble des pièces du dossier révèle la diligence du recourant dans la gestion de son courrier. Il a en effet toujours donné prestement suite aux demandes de l'intimée, parfois d'ailleurs par courrier recommandé. Le litige qui l'oppose à l'intimée a fait l'objet d'une correspondance suivie, qui manifeste l'intention du recourant de ne pas accepter la position de l'intimée par gain de paix. De plus, le recourant est avocat. Il n'ignore donc pas l'importance primordiale du respect d'un délai de recours. Ces éléments concourent à rendre plausible l'hypothèse d'une remise de la décision à la date alléguée par le recourant, soit le 12 octobre 2016.

A/3834/2016 - 12/21 - Partant, le recours, pour le surplus conforme aux exigences de forme des art. 56ss LPGA, est recevable.

E. 4

Dans la 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 voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_195/2013 du 15 novembre 2013 consid. 3.1.). Eu égard à ce qui précède, l'objet du litige est déterminé par le dispositif de la décision litigieuse. Il porte ainsi sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a réclamé au recourant un montant de CHF 2'767.30 et a prononcé la mainlevée de

l'opposition à la poursuite 3_____. La question du bien-fondé des frais d'hospitalisation en chambre semi-privée excède en revanche l'objet du litige.

E. 5

Aux termes 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 comprennent les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien (al. 2 let. b). Les prestations mentionnées à l'art. 25 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32 al. 1 LAMal). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (art. 32 al. 2 LAMal). L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 130 V 532 consid. 2.2; 128 V 159 consid. 5c/aa). L'efficacité doit être démontrée de manière scientifique. A cet égard, il ne suffit pas de se fonder sur les résultats concrets du traitement dans un cas isolé mais bien d'apprécier l'efficacité des résultats obtenus par un traitement de manière générale et non en fonction d'un cas isolé (ATF 133 V 115 consid. 3.2.1).

E. 6

Aux termes de l'art. 43 LAMal, les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix (al. 1). Le tarif est une base de calcul de la rémunération; il peut notamment: se fonder sur le temps consacré à la prestation (tarif au temps consacré) (let. a); attribuer des points à chacune des prestations et fixer la valeur du point (tarif à la prestation) (let. b); prévoir un mode de rémunération forfaitaire (tarif forfaitaire) (let. c); soumettre, à titre exceptionnel, en vue de garantir leur qualité, la rémunération de certaines prestations à des conditions supérieures à celles prévues par les art. 36 à 40, notamment à celles qui

A/3834/2016 - 13/21 - prévoient que les fournisseurs disposent de l'infrastructure, de la formation de base, de la formation postgraduée ou de la formation continue nécessaires (exclusion tarifaire) (let. d) (al. 2). Le tarif forfaitaire peut se rapporter au traitement par patient (forfait par patient) ou aux soins par groupe d'assurés (forfait par groupe d'assurés). Les forfaits par groupe d'assurés peuvent être fixés, de manière prospective, sur la base des prestations fournies dans le passé et des besoins futurs (budget global prospectif) (al. 3). Les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. Ceux-ci veillent à ce que les conventions tarifaires soient fixées d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurées de manière appropriée. Lorsqu'il s'agit de conventions conclues entre des fédérations, les organisations qui représentent les intérêts des assurés sur le plan cantonal ou fédéral sont entendues avant la conclusion (al. 4). Les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. Si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral la fixe (al. 5). Le Conseil fédéral peut procéder à des adaptations de la structure tarifaire si celle-ci s'avère inappropriée et que les parties ne peuvent s'entendre sur une révision de la structure (al. 5bis). Les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible (al. 6). Le Conseil fédéral

peut établir des principes visant à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et structurés de manière appropriée; il peut aussi établir des principes relatifs à leur adaptation. Il veille à la coordination de ces tarifs avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales (al. 7). En matière de tarifs, le principe d'économicité ancré à l'art. 32 LAMal du traitement est concrétisé à l'art. 43 al. 6 LAMal (ATAF 2014/3 consid. 2.4.6). Les conventions tarifaires ont notamment pour but de garantir l'économicité des prestations. Elles visent également à empêcher des prestations non économiques ou inadéquates. Il faut partir du principe que les parties à la convention, en tant que spécialistes, sont en mesure de déterminer lors des négociations quelles prestations à quel prix peuvent être considérées comme nécessaires et adéquates (arrêt du Tribunal fédéral 9C_252/2011 du 14 juillet 2011 consid. 5.2).

E. 7

L'art. 49 al. 1 LAMal dispose que pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour et les soins à l'hôpital (art. 39, al. 1) ou dans une maison de naissance (art. 29), les parties à une convention conviennent de forfaits. En règle générale, il s'agit de forfaits par cas. Les forfaits sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les partenaires à une convention peuvent convenir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne sont pas comprises dans le forfait mais facturées séparément. Les tarifs hospitaliers sont déterminés en fonction de la rémunération

A/3834/2016 - 14/21 - des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse. Les tarifs hospitaliers doivent ainsi notamment satisfaire au principe d'économicité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 21/03 du 6 mars 2006 consid. 4.2.2). Dans le cadre du nouveau financement hospitalier introduit par la révision de la LAMal du 21 décembre 2007, des forfaits par cas se fondant sur le système SwissDRG ont été créés. Dans ce système, les différents traitements stationnaires sont classés en différents groupes de cas en vertu de critères déterminés (diagnostics, interventions chirurgicales ou diagnostiques, degré de gravité, âge, sexe etc.), qui sont médicalement similaires et aussi homogènes que possible s'agissant des coûts entraînés. Chaque cas est attribué à un DRG. Ce système est applicable depuis 2012 (Gebhard EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], 2010, n. 4 ad art. 43 LAMal). Le Surveillant des prix a indiqué dans son rapport annuel de 2012 au sujet du système SwissDRG qu'il a procédé à un examen de l'économicité de cette structure tarifaire et a ramené la valeur de base des hôpitaux universitaires à celle de l'Hôpital de l'Ile, le moins coûteux des hôpitaux universitaires (DPC 2012/5 p. 936), valeur qu'il a jugée économique.

E. 8

Conformément à l'art. 46 al. 4 LAMal, la convention tarifaire doit être approuvée par le gouvernement cantonal compétent ou, si sa validité s'étend à toute la Suisse, par le Conseil fédéral. L'autorité d'approbation vérifie que la convention est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie. L'art. 59c de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal - RS 832.102) précise que l'autorité d'approbation au sens de l'art. 46, al. 4, de la loi vérifie que la convention tarifaire respecte notamment les principes suivants: le tarif couvre au plus les coûts de la prestation justifiés de manière transparente (let. a); le tarif couvre au plus les coûts nécessaires à la fourniture efficiente des prestations

(let. b); un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires (let. c) (al. 1). Les parties à une convention doivent régulièrement vérifier les tarifs et les adapter si le respect des principes énoncés à l'al. 1, let. a et b, n'est plus garanti. Les autorités compétentes doivent être informées des résultats de ces vérifications (al. 2). L'autorité compétente applique par analogie les al. 1 et 2 lors de la fixation des tarifs prévus aux art. 43, al. 5, 47, ou 48 de la loi (al. 3). On notera qu'en vertu de l'art. 14 de la loi concernant la surveillance des prix (LSPr – RS 942.20, l'augmentation des tarifs doit préalablement être soumise à l'avis du Surveillant des prix, qui peut proposer de renoncer en tout ou partie à l'augmentation de prix ou d'abaisser le prix maintenu abusivement.

E. 9

L'art. 42 al. 3 LAMal prévoit que le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Dans le système du

A/3834/2016 - 15/21 - tiers payant, l'assuré reçoit une copie de la facture qui a été adressée à l'assureur. En cas de traitement hospitalier, l'hôpital atteste la part du canton et celle de l'assureur de manière séparée. Le Conseil fédéral règle les détails.

E. 10

Selon l'art. 64 LAMal, les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient (al. 1). Leur participation comprend un montant fixé par année (franchise) (let. a); et 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part) (let. b) (al. 2). L'art. 64 al. 5 LAMal prévoit qu'en cas d'hospitalisation, les assurés versent, en outre, une contribution aux frais de séjour, échelonnée en fonction des charges de famille. Le Conseil fédéral fixe le montant de cette contribution. Le Conseil fédéral a fait usage de cette délégation législative en édictant l'art. 104 OAMal, dont l'alinéa premier prévoit que la contribution journalière aux frais de séjour hospitalier prévue à l'art. 64 al. 5 de la loi se monte à 15 francs. Selon le chiffre 26 du règlement Assurance obligatoire des soins, édition 2012 de l'intimée (ci-après : le règlement), en cas de paiement direct aux fournisseurs de prestations, les assurés doivent rembourser la participation aux coûts dans les 30 jours à compter de la facturation par [l'intimée].

E. 11

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. Le canton peut exiger que l'assureur annonce à l'autorité cantonale compétente les débiteurs qui font l'objet de poursuites (al. 2). En vertu de l'art. 105b OAMal, 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 portant sur d'autres retards de paiement éventuels (al. 1). Lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement effectué à temps, l'assureur peut percevoir des frais administratifs d'un montant approprié, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré (al. 2). Le chiffre 20.5 du règlement dispose qu'outre des intérêts moratoires et des frais de poursuite, [l'intimée] a le

droit de réclamer aux mauvais payeurs, dans une mesure appropriée, des frais de traitement, notamment des frais de sommation ainsi que des frais d'administration pour l'encaissement.

E. 12

Vu le caractère obligatoire de la participation de l'assuré aux coûts, l'assureur- maladie ne saurait renoncer à la percevoir (ATF 129 V 396 consid. 1.2). La participation aux coûts est due même lorsque l'assuré ne s'est pas plié au traitement

A/3834/2016 - 16/21 - de manière volontaire (ATF 106 V 179 consid. 4b). 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 des participations aux coûts. Respectivement, les assureurs ne sont pas libres de recouvrir ou non les arriérés de primes et participations aux coûts. Au contraire et au regard des principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, ils sont tenus de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés par la voie de l'exécution forcée. Par conséquent, si l'assureur est au bénéfice d'un jugement exécutoire au sens de l'art. 80 de la loi sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP – RS 821.1), auquel est assimilée une décision ou une décision sur opposition exécutoire portant condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés (art. 54 al. 2 LPGA), il peut requérir du juge la mainlevée définitive de l'opposition; s'il ne dispose pas d'un tel titre de mainlevée, il doit faire valoir le bien-fondé de sa prétention par la voie de la procédure administrative, conformément à l'art. 79 LP (arrêt du Tribunal fédéral 9C_786/2008 du 31 octobre 2008 consid. 3.1).

E. 13

En l'espèce, la créance relevant de la LAMal est de CHF 2'574.-. a) Ce montant se fonde sur la facture du CHUV de CHF 2'789.85 pour le traitement prodigué au recourant du 22 au 24 décembre 2014. Cet établissement a facturé ses prestations conformément au système SwissDRG. Le recourant ne remet pas en cause l'exactitude du diagnostic et du code appliqués en l'espèce, mais conteste le caractère économique de la facturation. Or, comme cela ressort des considérants qui précèdent, l'établissement d'une convention tarifaire telle que le système SwissDRG doit obéir à l'exigence d'économicité ; ce critère fait d'ailleurs l'objet d'un triple contrôle, d'abord dans le cadre de son élaboration, puis par l'autorité d'approbation et, enfin, en cas d'augmentation par le Surveillant des prix. On peut donc admettre que l'exigence d'économicité est réalisée s'agissant d'une prestation prise en charge et facturée selon le système SwissDRG. En outre, en tant que le recourant nie le caractère économique de la prestation au motif que son séjour aurait dû être moins onéreux que celui facturé à un patient séjournant 13 jours à l'hôpital, il méconnaît la nature forfaitaire du tarif litigieux, qui a précisément pour effet que dans une certaine fourchette temporelle, la durée du séjour n'est pas un paramètre pertinent pour la facturation. Le recourant invoque en outre un défaut d'information. L'art. 27 LPGA prévoit que dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations. Le Conseil fédéral peut prévoir la perception d'émoluments et en

A/3834/2016 - 17/21 - fixer le tarif pour les consultations qui nécessitent des recherches coûteuses (al. 2). Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin des conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur-maladie. Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique. Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 9C_97/2009 du

E. 14

octobre 2009 consid. 2.2 et les références). Or, dans le cas d'espèce, le recourant n'allègue pas avoir requis des renseignements sur les modalités de facturation de son séjour hospitalier avant qu'il n'ait lieu, de sorte qu'on ne saurait reprocher un quelconque manquement à l'intimée. De plus, le raisonnement du recourant sur l'impossibilité de maîtriser les coûts en raison d'un défaut d'information repose sur des prémisses erronées, puisqu'il présuppose qu'un assuré peut choisir entre un traitement stationnaire et un traitement ambulatoire en fonction des montants facturés. Or, c'est ici le lieu de rappeler que l'exigence du caractère économique des prestations impose au fournisseur de prestations de limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement, conformément à l'art. 56 al. 1 LAMal. Les assureurs-maladie sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses; ils y sont d'ailleurs obligés, dès lors qu'ils sont tenus de veiller au respect du principe de l'économie du traitement. Ce principe ne concerne pas uniquement les relations entre assureurs et fournisseurs de soins. Il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 127 V 43 consid. 2b et les références citées). Ainsi, le remboursement d'un séjour hospitalier est subordonné à la condition qu'il existe une indication médicale à un tel séjour et qu'un traitement ambulatoire moins onéreux ne soit pas suffisant. Partant, dans la mesure où un assuré n'a en principe pas le droit de choisir entre un traitement stationnaire et un traitement ambulatoire, un défaut d'information est sans incidence sur le montant facturé. S'il fallait suivre le recourant en tant qu'il soutient qu'il aurait choisi de ne pas être hospitalisé s'il avait connu les modalités de facturation avant son traitement, cela reviendrait à considérer que cette hospitalisation était superflue, et partant à nier tout droit au remboursement. Eu égard à ces éléments, il n'y a pas lieu de remettre en cause le montant de CHF 2'789.85 facturé par le CHUV sur la base du système SwissDRG, étant souligné que le recourant ne conteste pas le code appliqué. Le montant à charge du recourant est de CHF 2'500.-, ce qui correspond à sa franchise. Sur le solde de CHF 289.85, une quote-part de 10% est due par le recourant conformément à l'art. 64 al. 2 let. b LAMal, soit CHF 29.-. Le séjour au CHUV s'étant déroulé sur trois jours, le recourant doit en sus trois contributions journalières de CHF 15.-, soit un montant de CHF 45.-. En tout, la participation du recourant s'élève ainsi à

A/3834/2016 - 18/21 - CHF 2'574.-. Celui-ci a versé un montant de CHF 1'000.- en août 2016. Le solde dû est dès lors de CHF 1'574.-. b) L'intimée a également exigé le paiement d'un montant de CHF 120.-, correspondant aux frais de sommation de CHF 20.- et aux frais d'administration de CHF 100.-. On notera que le règlement de l'intimée ne précise pas le montant des frais prévus à l'art. 105b al. 2 OAMal, ce qui n'est toutefois pas une condition de leur perception. Des frais de rappel ou de sommation de CHF 20.- sont appropriés (cf.

arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 1/04 du 6 août 2004 consid. 3). S'agissant du montant de CHF 100.- afférent aux frais administratifs, il suffit de relever que le Tribunal fédéral n'a pas remis en cause des frais d'administration facturés CHF 300.- (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 76/03 du 9 août 2005 consid. 3). Dans le cas d'espèce, l'intimée a adressé une sommation au recourant le 25 avril 2015, alors même que l'assuré avait sollicité des renseignements sur la facture faisant l'objet de ladite sommation par courrier du 19 mars 2015. Au vu des interrogations du recourant sur l'exactitude du montant facturé et du fait que seulement neuf jours s'étaient écoulés entre le courrier de l'intimée l'invitant à solliciter des renseignements auprès du CHUV et la sommation, on ne peut considérer que le délai de paiement à ce stade était imputable à une faute du recourant au sens de l'art. 105b OAMal, de sorte que la perception du montant de CHF 20.- afférent à la sommation n'est pas justifiée. En revanche, la réquisition de poursuite est intervenue plus de quatre mois plus tard, soit dans un délai qui aurait permis au recourant d'obtenir les renseignements nécessaires auprès du CHUV et de vérifier le bien-fondé de la facture de l'intimée. C'est ainsi à bon droit que l'intimée a facturé un montant de CHF 100.- pour la réquisition de poursuite, montant qu'il faut considérer comme approprié au vu de la jurisprudence. c) Quant aux frais de poursuite de CHF 73.30, ils correspondent à l'avance requise par l'Office des poursuites. Conformément à l'art. 68 1ère LP, les frais de la poursuite sont à la charge du débiteur. Le paiement de ces frais incombe ainsi également au recourant. d) Le recourant oppose en compensation la créance de CHF 1'446.45 qu'il a à l'encontre de l'intimée. Cette dernière a admis le principe de la compensation dans la motivation de sa décision sur opposition du 20 septembre 2016, bien qu'elle ait maintenu dans son dispositif – auquel seul est attachée la force de chose décidée (ATF 121 III 474 consid. 4a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 368/05 du 14 juillet 2006 consid. 3.4) – la mainlevée sur un montant de CHF 1'694.- sans tenir compte d'une éventuelle compensation. On peut certes s'étonner des contradictions de la décision de l'intimée et de ses atermoiements dans le versement du montant de CHF 1'446.45 qu'elle reconnaissait pourtant devoir et qui n'avait pas été réglé le 25 janvier 2017. Cela étant, la Chambre de céans rappelle au sujet de la compensation

A/3834/2016 - 19/21 - que, sous l'empire de la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (LAMA), en vigueur jusqu'au 31 décembre 1995, les assurés n'avaient selon la jurisprudence pas de droit de compensation envers leur assureur-maladie. En revanche, les caisses-maladie reconnues pouvaient compenser des prestations d'assurance échues avec des créances de cotisations arriérées (ATF 110 V 183 consid. 3). Désormais, l'art. 105c OAMAl, dans sa teneur en force depuis janvier 2012, prévoit que l'assureur ne peut pas compenser les prestations avec des primes ou des participations aux coûts qui lui sont dues. Dans son commentaire des modifications, le Conseil fédéral a noté que l'interdiction de la compensation durant la période de procédure de recouvrement des créances (figurant auparavant à l'art. 105c al. 5 OAMAl entré en vigueur en janvier 2009) se justifie car elle permet d'éviter que les assureurs puissent obtenir le recouvrement à la fois par le biais de la compensation et par celui des versements effectués par le canton, ce qui serait source de confusion pour les cantons, les assureurs et les assurés. S'agissant du droit de compensation des assurés envers la caisse-maladie, le Tribunal fédéral a confirmé que le principe établi sous la LAMA continuait de s'appliquer sous l'empire de la LAMal. En effet, ni les travaux préparatoires de la LAMal ni ceux de la LPGA ne font apparaître un quelconque motif en faveur d'un changement de la pratique consistant à nier le droit des assurés à la compensation en matière d'assurance-maladie. Les conséquences d'une solution contraire

paraissent en outre imprévisibles. La possibilité pour les assurés de se prévaloir de la compensation, qui équivaudrait en pratique à la suspension du paiement des primes par les assurés chaque fois qu'une prestation est contestée et que son bien-fondé doit être clarifié conformément aux procédures légales, pourrait avoir pour effet de paralyser le travail des caisses-maladie, qui au vu de la durée de la procédure, pourraient se voir privées pendant de longues périodes des moyens financiers nécessaires à leur fonctionnement sans pouvoir résilier les rapports d'assurance obligatoire (SVR 2006 KV N° 11 consid. 8 ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 24/06 du 3 juillet 2006 consid. 1). Le règlement de l'intimée exclut du reste également le droit de compensation de l'assuré à son chiffre 17.1. Partant, dès lors que la compensation est exclue en matière d'assurance-maladie, il n'y a pas lieu d'examiner dans le cadre du présent litige le bien-fondé des prétentions que le recourant entend compenser avec celles de l'intimée. A sa demande, il appartiendra toutefois à cette dernière de statuer sur ces prétentions. Au vu de ce qui précède, la décision est infondée en tant qu'elle facture des frais de sommation par CHF 20.-. Elle est confirmée pour le surplus, et la mainlevée prononcée à concurrence de CHF 1'747.30. En ce sens, le recours est très partiellement admis. S'agissant des dépens, on relèvera que le fait que le recourant ait été représenté par son stagiaire – ce qui est d'ailleurs contesté – ne suffit pas à nier son droit à des

A/3834/2016 - 20/21 - dépens. En effet, un avocat-stagiaire doit également être rémunéré, de sorte qu'il y a une justification économique à l'allocation de dépens (cf. ATF 126 V 11 consid. 5 a contrario). En l'espèce, les dépens seront fixés à CHF 200.- (art. 61 let. g LPGa). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

A/3834/2016 - 21/21 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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