

Office de médiation

de l'assurance-maladie

Rapport annuel '15



La médiatrice Morena Hostettler Socha avec son équipe

Avant-propos de la médiatrice

Estimées lectrices et assurées, estimés lecteurs et assurés

Dans le rapport annuel 2015, je vous adresse mes salutations pour la première fois avec mon équipe de spécialistes. Mes collaboratrices et collaborateurs s'engagent au quotidien, avec plaisir et entrain, à vous informer et prêter assistance par leurs conseils et leurs interventions. Nous vous remercions ici chaleureusement de la confiance témoignée.

Le présent rapport contient un nouveau chapitre intitulé "Feed-back des cas exposés dans le rapport annuel 2014". Le feed-back vise des cas dans lesquels les assurés – après notre intervention infructueuse auprès de l'assureur – ne pouvaient plus qu'agir par la voie judiciaire et où un arrêt du Tribunal fédéral est entré en force dans l'intervalle. Le feed-back peut également concerner des déclarations de l'Office de médiation qui doivent être rectifiées à la suite d'un changement de jurisprudence ou d'une remarque d'un lecteur. Ce chapitre devrait vous encourager à nous communiquer vos remarques sur notre site internet (info@om-kv.ch).

Le rapport 2015 présente à nouveau – à côté des données statistiques – une sélection de cas qui nous ont occupés durant l'année 2015. Les thèmes sont divers. Il en va de courtiers peu sérieux et leur rôle lors d'un changement de caisse, de la responsabilité du «clan familial» ("Sippenhaftung"), d'escomptes

accordés sur des primes, de listes de mauvais payeurs (appelées aussi listes noires), de procurations excessives par rapport au but visé, du système du tiers soldant dans le secteur ambulatoire, de termes techniques médicaux contenus dans des clauses d'exclusion de couverture dans l'assurance complémentaire, de la retraite anticipée, du ticket modérateur, de la planification d'une naissance dans un État membre de l'UE et bien d'autres sujets encore.

J'espère que le rapport annuel 2015 suscitera votre intérêt.

Pour terminer, j'aimerais remercier les assureurs-maladie pour leur bonne collaboration.

Votre médiatrice

Morena Hostettler Socha



Lucerne, le 11 mai 2016

Table des matières

1	Office	5
2	Conseil de fondation	5
3	Chiffres	5
3.1	Entrées par matière	6
3.2	Entrées par branche d'assurance	6
3.3	Entrées par langue	7
3.4	Evolution des entrées (résumé)	7
4	Principes directeurs de la médiation	8
4.1	Quand l'Office de médiation est-il compétent pour traiter un cas ?	8
4.2	Quand l'Office de médiation n'est-il d'aucune aide pour les assurés ?	9
4.3	Qui peut recourir aux services de l'Office de médiation et comment procéder ?	10
4.4	Et que se passe-t-il si la personne assurée est au bénéfice d'une assurance de protection juridique ou est représentée par un avocat ?	11
4.5	Que peuvent attendre les assurés de l'Office de médiation ?	11
4.6	L'Office de médiation peut-il influencer la politique d'entreprise des assureurs ?	12
5	Feed-back des cas exposés dans le rapport 2014	13
6	Pratique de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal	15
6.1	Changement d'assureur	15
6.2	Primes	16
6.3	Non paiement des primes et des participations aux coûts	21
6.4	Prestations	22
7	Pratique des assurances complémentaires selon la LCA	28
7.1	Conclusion du contrat	28
7.2	Changement d'assureur	29
7.3	L'assurance d'indemnités journalières selon la LCA	30
8	Pratique en présence de situations transfrontalières	32

Afin de faciliter la lecture de ce rapport annuel le genre masculin sera utilisé sans discrimination.

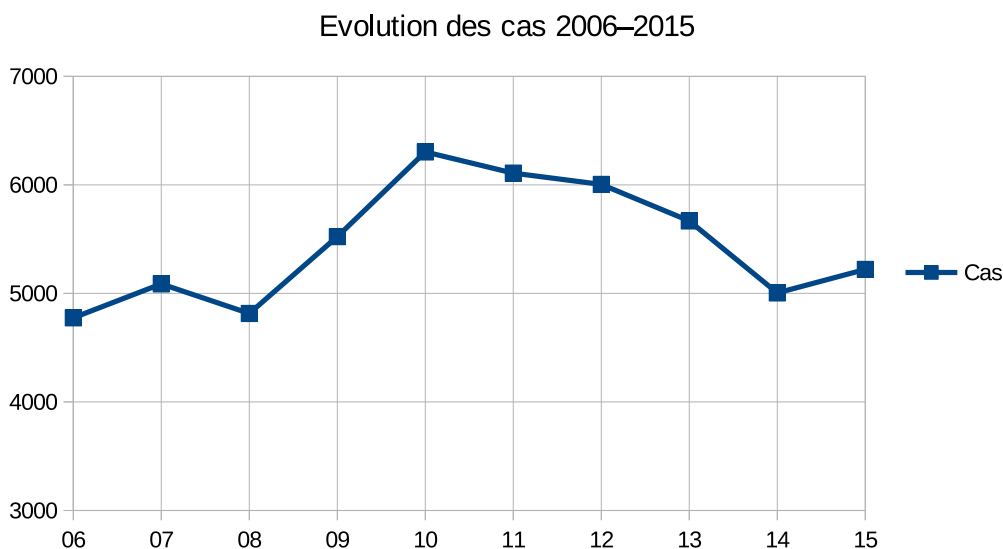
1 Office

Les services de l'Office de médiation à Lucerne furent délivrés durant l'année passée sous revue par la médiatrice (lic. iur. Morena Hostettler Socha, avocate), par cinq collaborateurs juristes (Isabelle Gottraux, Barbara Wörsching-Würmli, Jasmin Schmid, Fabienne Fellmann et, depuis le 1er octobre 2015, Thomas Schmutz), par trois spécialistes en prestations (Urs Eigensatz, Charles Loréтан et Eliane Liniger) ainsi que par un secrétaire-juriste (jusqu'au 30 novembre 2015, Hans-Thomas Scherrer). Au 31 décembre 2015, le taux d'occupation du personnel s'élevait à 6,4 postes.

2 Conseil de fondation

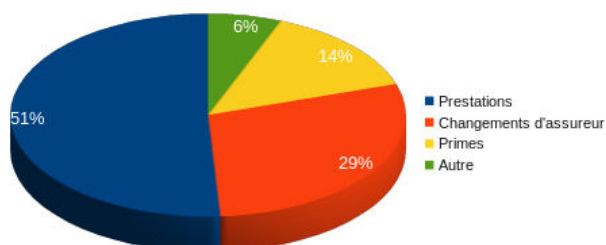
C'est le 13 mai 2015 que le conseil de fondation tint sa séance d'examen des comptes annuel 2014 et d'approbation du rapport annuel 2014. Le 11 novembre 2015 il se réunit une nouvelle fois pour l'examen du budget 2016 et discuter l'exercice en cours.

3 Chiffres



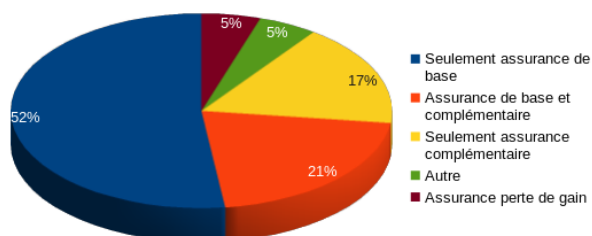
3.1 Entrées par matière

Au cours de l'exercice 2015, 5221 cas ont été soumis à l'Office de médiation (2014 : 5004), ce qui représente une hausse de 4,33% par rapport à l'année précédente. La répartition par matière se présente de la manière suivante : 2678 dossiers concernaient les prestations d'assurance (2014 : 2603), 1545 la conclusion d'une assurance ou le changement d'assureur (2014 : 1501) et 755 les primes (2014 : 700). Les 243 cas restants portaient sur des questions d'ordre général (2014 : 200).



3.2 Entrées par branche d'assurance

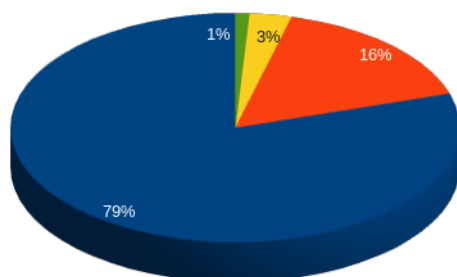
2710 cas ne concernaient que l'assurance de base (2014 : 2661), 885 uniquement les assurances complémentaires (2014 : 911), 1117 ces deux branches ensemble (2014 : 1006). En 2014, 256 cas concernèrent l'assurance indemnités journalières (2014 : 205). Les 253 cas restants portèrent sur des questions de nature générale, parfois même sans rapport avec l'assurance-maladie (2014 : 221).



3.3 Entrées par langue

4114 requêtes furent adressées à l'Office de médiation en allemand (2014 : 3876), 860 en français (2014 : 914), 178 en italien (2014 : 160) et 69 dans d'autres langues, telles que l'anglais et l'espagnol (2014 : 54).

■ Allemand
■ Français
■ Italien
■ Autre



3.4 Evolution des entrées (résumé)

Après que le nombre de cas soit demeuré stable en 2014, comme durant toutes les années précédentes, nous avons enregistré au cours de l'année passée sous revue une augmentation des entrées de 4,33%. Cet accroissement touche tous les domaines traités. La raison est à mettre au compte d'un contrôle plus restrictif des prestations exercé par les caisses mais également au fait que de plus en plus d'assurés ont besoin de notre aide pour comprendre la correspondance ou les décomptes de prestations de leurs assureurs. Un problème récurrent concerne les courtiers qui délivrent de mauvais renseignements pour amener les assurés à changer d'assureurs.

4 Principes directeurs de la médiation

Cette année encore, il convient d'expliquer au public la mission et la manière de procéder de l'Office de médiation. Ce rappel est nécessaire à l'heure où toujours plus de gens attendent de l'Office de médiation qu'il joue un rôle pour lequel il n'a pas été institué. C'est ainsi que les assurés le considèrent souvent à tort comme une institution d'assistance juridique gratuite à laquelle ils peuvent délivrer des instructions. Ou encore ils partent à tort de l'idée que la sollicitation des services de l'Office de médiation a pour effet d'interrompre des délais en cours, comme il en irait s'ils s'adressaient à une instance judiciaire. Les fournisseurs de prestations et autres institutions défendant les intérêts des assurés voient aussi parfois en l'Office de médiation un bureau de renseignements ou un centre d'expertise dont les avis peuvent aussi servir leur politique. Même pour les collaborateurs des caisses-maladie, la question de savoir dans quels cas ils peuvent adresser un assuré à l'Office de médiation et dans quels cas ils ne le peuvent pas n'est pas claire.

D'après l'acte fondateur de la fondation et le règlement s'y rapportant, la principale tâche de l'Office de médiation consiste à dissiper les malentendus entre les caisses-maladie et leurs assurés ainsi qu'à trouver des solutions en cas de divergence d'opinions. Dans ce cadre, l'Office de médiation prodigue des conseils aux assurés et les informe sur la législation en vigueur ainsi que sur la jurisprudence du Tribunal fédéral. Les renseignements qu'il délivre concernent le cas concret qui lui est soumis. Dans les cas sortant de sa compétence, l'Office signale l'existence d'organisations de conseil et d'assistance. L'Office intervient finalement auprès des assureurs-maladie lorsque la personne assurée qui sollicite son aide met à sa disposition les documents nécessaires.

L'Office de médiation s'est donné comme but de soutenir gratuitement et de manière non bureaucratique les assurés et ainsi de contribuer à la recherche d'une solution à leurs problèmes avec leurs caisses-maladie.

4.1 Quand l'Office de médiation est-il compétent pour traiter un cas ?

Il est compétent lorsqu'il a affaire à un contrat d'assurance ressortissant au domaine de l'assurance obligatoire des soins d'après la LAMal (= Loi fédérale sur l'assurance-maladie) et/ou de l'assurance complémentaire d'après la LCA (= Loi fédérale sur le contrat d'assurance) et, s'agissant des parties en conflit, lorsque la personne assurée est couverte auprès d'une caisse-maladie reconnue au sens

de l'art. 11-13 LAMal ayant son siège en Suisse.

Dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins d'après la LAMal les thèmes suivants occupent particulièrement les assurés :

- obligation d'assurance (affiliation, dispense, suspension),
- formes particulières d'assurance (franchise à option, assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations, etc.),
- changement d'assureur,
- prestations (en cas de maladie, d'accident à titre subsidiaire, de maternité),
- prestations à l'étranger,
- soins dentaires,
- primes et participations aux coûts,
- encaissement,
- assurance facultative de indemnités journalières,
- protection des données (obligation de collaborer, accès au dossier), etc..

Dans le domaine de l'assurance complémentaire selon la LCA les thèmes suivants sont principalement traités :

- propositions d'assurance,
- réticence,
- encaissement,
- prestations,
- prescription,
- justification des prétentions,
- assurance d'indemnités journalières,
- obligation de diminuer le dommage,
- double assurance, etc..

4.2 Quand l'Office de médiation n'est-il d'aucune aide pour les assurés ?

Les possibilités d'intervention de l'Office de médiation sont limitées. Lorsque l'assureur a rendu dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins une décision formelle, la phase contentieuse a été franchie et une intervention de l'Office n'est plus admissible. Cette étape une fois dépassée, l'Office de médiation s'abstient d'évaluer l'issue du procès et ne dispense pas non plus de conseils quant à la façon de se comporter en cours de procédure.

L'Office de médiation **n'est pas compétent** dans les domaines suivants :

- En cas de **litiges entre un fournisseur de soins et son patient** lorsque ceux-ci concernent par exemple le traitement ou une question de responsabilité civile. Dans ces cas, il doit renvoyer les assurés auprès de l'Ombudsman des médecins, d'une organisation de défense des patients ou d'un avocat spécialiste en la matière.
- En cas de **différends entre autorités et citoyens**, par exemple en matière de subsides pour la réduction des primes ou de prestations complémentaires. Suivant les cantons, il existe des médiateurs auxquels les citoyens peuvent s'adresser.
- En cas de **contestations entre autorités** (par exemple au sujet de la prise en charge par l'aide sociale de primes impayées).
- En cas de **contestation des primes approuvées par l'autorité**, qu'il s'agisse de l'assurance de base ou d'une assurance complémentaire. Les caisses-maladie ne peuvent exiger que les primes qui ont été approuvées par l'autorité compétente et dont le calcul échappe à l'examen de l'Office de médiation. Celui-ci ne peut intervenir que lorsque l'assuré a été mal classé en regard du tarif approuvé.
- En cas d'**intervention problématique de démarcheurs en assurance indépendants**, dont l'assureur ne répond pas.

Dans tous les cas qui précèdent, l'Office de médiation se borne à dispenser oralement de courts renseignements et instructions.

4.3 Qui peut recourir aux services de l'Office de médiation et comment procéder ?

Ce sont avant tout les assurés eux-mêmes qui s'adressent à l'Office de médiation. Ils le font le plus souvent par téléphone ou par voie postale, mais de plus en plus par courrier électronique. Ce dernier canal permet certes de simplifier les contacts, mais il n'est pas adapté au transfert de données médicales. En outre, les affaires soumises à l'Office de médiation par ce biais sont souvent mal documentées, ce qui l'oblige fréquemment à demander des éclaircissements à l'assuré. Le site de l'Office de médiation (<https://www.om-kv.ch>) contient une formule de contact avec les informations correspondantes.

L'Office de médiation est également toujours plus souvent sollicité par des fournisseurs de soins et des services sociaux, qui intercèdent en faveur de patients ou d'usagers confrontés à des problèmes avec leur assureur. L'Office de médiation n'entre en matière sur de telles demandes que si l'assuré l'a expressément souhaité. Ce n'est toutefois pas la tâche de l'Office de médiation de décharger

les autres organisations du travail qui leur incombe ou de s'immiscer dans des litiges entre fournisseurs de prestations et assureurs concernant la politique tarifaire. Il existe en tels cas d'autres instances de médiation. En ce qui concerne les demandes provenant d'assurés soutenus par les services sociaux, l'Office de médiation se limite à donner oralement des informations juridiques, tout en faisant preuve de retenue. La plupart du temps il renonce à intervenir auprès des assureurs car ce n'est pas son rôle que d'intervenir en lieu et place d'institutions étatiques.

Il est frappant de constater que l'Office de médiation est toujours plus sollicité par des bureaux fiduciaires au nom de leurs mandants. Là aussi, l'Office de médiation fait preuve de retenue. En effet, c'est aux assurés qui s'adressent à lui que doit profiter ses services gratuits et non aux bureaux de courtage qui facturent à leurs clients pour leurs services des honoraires.

4.4 Et que se passe-t-il si la personne assurée est au bénéfice d'une assurance de protection juridique ou est représentée par un avocat ?

L'Office de médiation n'intervient pas si l'assuré a des prétentions envers une assurance de protection juridique ou s'il est représenté par un avocat. Il arrive malheureusement toujours plus souvent que des assurances de protection juridique, qui devraient servir leurs prestations contractuelles (conseils juridiques et prise en charge financière des services d'un avocat), adressent leurs clients à l'Office de médiation afin de se faciliter la tâche et de faire des économies financières. L'assuré ne reçoit ainsi pas une prestation qu'il a financée en payant des primes. C'est l'Ombudsman de l'assurance privée et de la CNA/SUVA qui fait Office de médiateur dans les différends entre les assurances de protection juridique et leurs clients.

4.5 Que peuvent attendre les assurés de l'Office de médiation ?

Les assurés reçoivent des collaborateurs de l'Office de médiation un avis sur l'affaire litigieuse et une prise de position lorsqu'ils ont épuisé les possibilités de s'entendre avec l'assureur. Les demandes des assurés sont examinées de manière approfondie. Le cas échéant, le collaborateur de l'Office de médiation en charge du dossier intervient directement auprès de l'assureur. Ces interventions et les

réponses des assureurs revêtent généralement la forme écrite. Quand la cause est urgente, il est pris contact avec l'assureur par téléphone. L'Office de médiation dispose auprès de chaque assureur de personnes de liaison chargées de recevoir ses demandes, de les faire examiner dans le cadre interne et d'y répondre. Si l'Office de médiation constate que l'assuré est dans l'erreur parce qu'il a mal évalué sa propre situation, il l'éclaire sur les dispositions légales et contractuelles applicables. Il fournit des explications sur le système d'assurance et donne des conseils sur l'attitude à adopter pour éviter d'autres malentendus.

4.6 L'Office de médiation peut-il influencer la politique d'entreprise des assureurs ?

L'action de l'Office de médiation porte sur les cas particuliers et s'appuie sur le droit en vigueur. L'Office de médiation n'est pas une autorité de surveillance des assureurs-maladie et ne peut donc leur adresser ni directives générales ni instructions dans un cas d'espèce. Sa mission réside dans la médiation, ce qui présuppose la confiance de l'assuré et de l'assureur.

Le règlement régissant l'activité de l'Office de médiation autorise certes ce dernier à alerter l'association faîtière des assureurs-maladie (santésuisse), voire même l'opinion publique, lorsque les plaintes au sujet d'un problème particulier se multiplient. Mais sa tâche première consiste à s'adresser à l'assureur concerné, auquel il suggérera des améliorations. Il contribue ainsi à maintenir un niveau de qualité élevé de la branche. Dans ce sens, il peut effectivement influencer, dans certains domaines, sur la politique d'entreprise des assureurs.

De plus en plus souvent, l'Office de médiation prend contact avec les directions des assureurs-maladie lorsque par exemple, des problèmes s'accumulent. En règle générale, les assureurs saluent ces interventions et sont la plupart du temps disposés à rechercher une solution aux problèmes soulevés de manière non bureaucratique.

5 Feed-back des cas exposés dans le rapport 2014

Ad cas n° 2 :

Dans ce cas, il s'agissait de savoir auprès de quelle caisse-maladie une personne assurée obligatoirement selon la LAMal est finalement affiliée, lorsque celle-ci a résilié les rapports d'assurance dans le délai de résiliation et qu'elle a ensuite demandé son affiliation auprès de deux ou plusieurs assureurs dans l'espace de quelques semaines seulement.

En l'espèce, la caisse-maladie qui avait reçu la demande d'affiliation en premier entendait maintenir le contrat, quand bien même la seconde caisse-maladie avait déjà envoyé l'attestation de nouvelle assurance à l'ancien assureur. La première caisse – celle qui avait reçu la demande d'affiliation en premier – soutenait que le moment de l'envoi de l'attestation de nouvelle assurance ne jouait pas de rôle. Selon elle, seul était déterminant le moment où la demande d'affiliation était notifiée au nouvel assureur. A cet égard, l'Office de médiation avait fait valoir, en vain, qu'un changement de caisse n'était valable qu'une fois intervenues la résiliation dans le délai, la demande d'affiliation et la communication de l'attestation de nouvelle assurance. Le passage de l'ancienne à la nouvelle caisse-maladie ne pouvait alors être empêché qu'en présence de retards de paiement (cf. art. 64a al. 6 LAMal).

Comme la première caisse-maladie ne voulait pas céder, l'assurée avait été contrainte d'agir par la voie judiciaire. Le Tribunal fédéral lui a désormais donné raison (cf. consid. 3 de l'arrêt non publié 9C_490/2015 du 7 janvier 2016). Conformément à cet arrêt, la demande d'affiliation en tant que telle n'a pas d'effet constitutif. Par conséquent, pour dissoudre le rapport d'assurance existant et en créer un nouveau, seul est décisif le point de savoir auprès de quelle caisse-maladie les trois conditions sont remplies en premier. Cela correspond exactement à ce que nous avons fait valoir dans notre intervention.

Ad cas n° 12 :

L'Office de médiation avait indiqué à une assurée qu'en tant que proche parente d'un défunt, elle avait droit au remboursement de la prime prorata temporis seulement dans le domaine des assurances complémentaires selon la LCA (cf. art. 24 al. 1 première phrase LCA).

A la suite d'un arrêt du Tribunal fédéral, cette affirmation doit être revue. A partir du 3 décembre 2015, un proche peut demander le remboursement d'une prime prorata temporis également dans le domaine de l'assurance obligatoire pour soins selon la LAMal (arrêt 9C_268/2015 du 3 décembre 2015).

Ad cas n° 15 :

Un lecteur a fait remarquer à l'Office de médiation une fausse indication dans le cas n°15, à savoir qu'en cas d'arriérés de primes ou de participations aux coûts selon la LAMal, la caisse-maladie devait engager des poursuites dans le canton du lieu de travail d'une travailleuse frontalière avec domicile dans l'UE (mot clé : saisie sur salaire). Cela est faux. En réalité, conformément à l'art. 46 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP), une travailleuse frontalière a également le droit d'être poursuivie à son lieu de domicile, même lorsque celui-ci se trouve à l'étranger. Par conséquent, la caisse-maladie doit s'adresser avant à l'organisme de liaison compétent à l'étranger et le prier d'engager les poursuites auprès de l'autorité compétente. L'autorité compétente en matière de poursuites déposera – au besoin – une demande d'entraide auprès de l'Office des poursuites en Suisse, lequel ordonnera une saisie sur salaire le cas échéant.

Les exceptions à cette règle sont mentionnés à l'art. 50 LP et ne sont pas applicables au cas d'espèce.

6 Pratique de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal

6.1 Changement d'assureur

Le changement d'assureur a fait l'objet de nombreuses demandes à l'Office de médiation en 2015 également. Parmi celles-ci, un cas concernait la responsabilité du „clan familial“ ("Sippenhaftung"). La situation se présentait comme suit :

En Suisse, l'assurance-maladie sociale se base sur le principe de l'assurance individuelle. Cela veut dire que seule la personne qui s'affilie est assurée. L'assurance d'un chef de famille ne s'étend pas automatiquement à ses membres. Ceux-ci ne sont assurés que lorsqu'un rapport d'assurance est créé à titre personnel auprès d'un assureur-maladie. Les droits et obligations des assurés reposent sur l'adhésion personnelle à l'assurance. L'affiliation crée entre l'assureur-maladie et la personne assurée une relation de droit public dans le contexte d'un rapport d'assurance sociale (cf. SBVR Soziale Sicherheit, 3ème éd., Eugster, n. 21).

Dans l'assurance obligatoire des soins, la LAMal ne prévoit pas d'assurance collective (il en va autrement en ce qui concerne l'assurance d'indemnités journalières : arrêt 9C_229/2011 consid. 3.3 du Tribunal fédéral). En raison du principe de la prime unique (art. 61 al. 1 LAMal), il ne peut y avoir de personnes assurées collectivement au sens d'une communauté de risques autonome. Cette norme n'interdit toutefois pas aux assureurs-maladie d'organiser administrativement l'assurance individuelle dans le cadre de contrats collectifs. Les dispositions de la LAMal, en particulier dans le domaine des primes et de l'obligation d'assurance, ne doivent cependant pas être transgressées (Eugster, ibid., n. 22 et les références).

Cas n° 1 :

Un assuré nous a expliqué que son assureur-maladie ne voulait pas le laisser, lui et ses proches (son épouse et les deux enfants mineurs), quitter la caisse-maladie, quand bien même il avait résilié les contrats d'assurance dans le délai de résiliation et déposé les demandes d'affiliation auprès d'un nouvel assureur. En outre, les attestations de nouvelle assurance de la nouvelle caisse-maladie étaient déjà parvenues à l'ancien assureur et il n'existait pas de dettes. L'assuré ne comprenait pas la manière de procéder de sa caisse-maladie.

Nos investigations ont révélé que le plus jeune des enfants avait dû recevoir un traitement stationnaire quelques mois auparavant. La caisse-maladie avait envoyé

la facture au père pour la participation aux coûts en décembre 2014. Celui-ci l'avait payée début janvier 2015. La caisse-maladie faisait valoir que puisqu'il n'avait pas payé la facture avant la fin de l'année, lui et sa famille ne pouvaient pas changer de caisse en raison de l'existence de dettes au moment du passage de l'ancien au nouvel assureur (cf. art. 64a al. 6 LAMal).

La décision de la caisse-maladie était fautive sous deux aspects.

Premièrement, étant donné que l'assurance obligatoire des soins est une assurance individuelle, la caisse doit examiner pour chaque assuré si les conditions d'un changement de caisse sont remplies, ce qui était le cas pour les parents et l'aîné. C'est pourquoi la caisse-maladie ne pouvait pas les empêcher de changer d'assureur au premier janvier 2015. Finalement, dans l'assurance obligatoire des soins, il n'y a pas de responsabilité du „clan familial“, même lorsque le chef de famille est le seul destinataire des polices d'assurance, de l'ensemble des factures, ainsi que des lettres de la caisse-maladie destinées aux membres de la famille.

Deuxièmement, la caisse-maladie devait également laisser partir le plus jeune des enfants. En effet, l'assureur peut empêcher un assuré de changer de caisse, conformément à l'art. 64a al. 6 LAMal, seulement lorsque les primes, participations aux coûts et intérêts moratoires ayant fait l'objet d'une sommation jusqu'à un mois avant l'expiration du délai de résiliation, ainsi que les frais de poursuite en cours jusqu'à ce moment, n'ont pas été intégralement payés à l'expiration du délai de résiliation (cf. art. 105l al. 2 OAMal). En l'espèce, la participation aux coûts due a été notifiée au chef de famille en décembre 2014 seulement. Conformément à l'art. 105l al. 2 OAMal, l'assureur-maladie ne pouvait pas déjà avoir envoyé un rappel et, partant, empêcher le changement de caisse.

L'Office de médiation est intervenu avec succès auprès de l'assureur concerné.

6.2 Primes

Le montant déterminant de la prime pour un assuré particulier est encore et toujours source de nombreuses questions auprès de l'Office de médiation.

Conformément à l'art. 61 LAMal, l'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés. Pour autant que la LAMal ne prévoit pas d'exception, l'assureur prélève les mêmes primes auprès de ses assurés. Il peut échelonner les primes par canton et région en fonction de différences de coûts attestées. L'Office fédéral compétent détermine les régions de manière uniforme pour tous les assurés. Ce qui est déterminant pour la prime c'est le lieu de résidence de l'assuré. Encore faut-il savoir ce qu'on entend par "lieu de résidence".

Le lieu de résidence est l'endroit où une personne habite de manière continue sans avoir nécessairement déposé ses papiers à cet endroit. Il s'agit d'un lieu de séjour où une personne vit effectivement de manière durable avec l'intention de s'y établir pendant une certaine durée (Eugster, *ibid.*, n. 1293). En règle générale, la résidence et le domicile sont identiques mais pas toujours, comme on le verra dans le cas suivant. Une autre question qui se pose est celle de savoir quelle région doit être prise en considération lors de la fixation de la prime.

Cas n° 2 :

L'assurée vivait avec son époux dans la ville de Zurich. Pour des raisons de santé, elle avait décidé de déménager dans un foyer à Männedorf. Il s'agissait uniquement de son lieu de séjour. Männedorf se trouve dans une autre région de primes que la ville de Zurich et présente des primes plus basses. La caisse-maladie voulait imposer à l'assurée les primes valables en ville de Zurich, parce qu'elle y avait conservé son domicile au sens du droit civil. L'assurée n'était pas d'accord avec cela.

Il ressort de nos recherches que, selon l'art. 23 CC, le séjour dans un home ne constitue pas en soi le domicile au sens du droit civil. Il s'agit d'une présomption, laquelle peut toutefois être renversée, en particulier lorsqu'une personne majeure et capable de discernement séjourne de manière autonome et volontaire, éventuellement obligée par des circonstances telles que le besoin de soins et d'assistance, dans un établissement spécialisé qu'elle a choisi librement et pour une durée indéterminée. Dans ces circonstances, ce n'est plus le but particulier des soins mais le caractère définitif et durable du séjour en foyer qui détermine la question du domicile au sens du droit civil (cf. également ATF 127 V 237, 241 consid. 2c).

Dans le cas d'espèce, la caisse-maladie est obligée de calculer les primes conformément au lieu de séjour de l'assurée à Männedorf, cela même si ses papiers sont toujours déposés à Zurich.

Un changement de domicile a parfois aussi une influence sur le modèle d'assurance choisi par l'assuré, dans la mesure où les assureurs-maladie ne sont pas tenus d'être actifs sur l'ensemble du territoire suisse ni de proposer à leurs assurés tous les modèles d'assurance prévus par la loi (cf. art. 4 al. 2 LAMal et 41 al. 4 LAMal). C'est pourquoi il peut arriver qu'un assureur-maladie ne soit pas du tout actif dans une région particulière, de sorte que l'assuré est contraint de changer d'assureur au milieu d'une année en cours. Il est également possible qu'un assureur ne propose pas un modèle d'assurance dans une certaine région,

ce qui n'est pas sans conséquence pour l'assuré, comme le montre le cas suivant.

Cas n° 3 :

L'assuré était affilié auprès de la caisse-maladie X. Afin d'économiser sur le montant des primes, il a choisi un modèle d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations (art. 99 OAMal). En 2015, il a déménagé du canton de Lucerne et s'est installé dans le canton de Nidwald. Là-bas, la caisse-maladie ne pouvait toutefois pas lui proposer le modèle d'assurance choisi. C'est pourquoi elle l'a transféré dans le modèle de base dès son emménagement, ce qui a eu des répercussions sur le montant de la prime. L'assuré a demandé à l'Office de médiation si l'assureur-maladie était habilité à agir de la sorte et, le cas échéant, si le changement obligé de modèle d'assurance pouvait représenter pour lui un motif extraordinaire de résiliation.

Nous avons dû indiquer à l'assuré que la manière de procéder de la caisse-maladie était légitime et que le déplacement dans le modèle de base, tout comme une modification des primes à la suite d'un déménagement, ne constituait pas un motif extraordinaire de résiliation.

La suspension de la couverture des accidents, conformément à l'art. 8 LAMal, a aussi un effet sur les primes, ce qui fait régulièrement l'objet de demandes auprès de l'Office de médiation.

Cas n° 4 :

Une collaboratrice à temps partiel disposait d'une couverture d'assurance-accidents auprès de son assurance obligatoire des soins, bien qu'elle travaillât depuis des années plus de huit heures par semaine et qu'elle fût donc assurée par l'intermédiaire de l'assurance-accidents obligatoire de son employeur et le soit encore. Elle demanda à l'Office de médiation si l'assureur était tenu de lui rembourser les primes payées en trop.

Nous avons malheureusement dû expliquer à l'assurée que la suspension de la couverture des accidents nécessite une demande écrite de la personne assurée qui atteste qu'en tant qu'employée elle est assurée conformément à l'art. 1a al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA ; cf. art. 11 al. 1 OAMal). La prime est alors réduite du montant correspondant. La demande est facultative pour les assurés. La suspension prend effet dès le début du mois qui suit la demande. Par conséquent, elle ne peut avoir d'effet rétroactif mais vaut pour

le futur. Pour cette raison, l'intéressée n'avait pas droit au remboursement du montant correspondant de la prime.

En ce qui concerne le montant de la prime, il peut encore se poser d'autres problèmes, comme par exemple lors de rabais ou d'escompte. En fait, il y a quelques assureurs-maladie (pas tous) qui accordent un escompte à leurs assurés, si ceux-ci paient leurs primes d'assurance-maladie une demi-année ou même une année entière à l'avance. Ils justifient ce procédé par les économies réalisées sur le plan administratif, en particulier en relation avec la comptabilité et les procédures de recouvrement.

Cas n° 5 :

Dans le courant de l'année 2015, une assurée s'est annoncée à l'Office de médiation, à laquelle l'escompte n'avait pas été accordé au motif qu'elle bénéficiait d'une réduction individuelle de primes au sens de l'art. 65 LAMal.

Nos investigations auprès de l'autorité de surveillance compétente, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), ont révélé que même les assurés qui bénéficiaient d'une réduction des primes avaient droit à l'escompte, si leur assureur-maladie respectif le proposait. L'administration justifiait sa décision comme ceci :

"Il ressort de nos éclaircissements sur le plan juridique qu'on ne peut en aucune façon déduire de l'art. 65 LAMal, ou d'autres dispositions en lien avec cet article, qu'une réduction individuelle de primes devrait être interprétée comme une subvention au sens d'une reprise de dette (par analogie avec le droit privé). Le droit à une réduction des primes est octroyé par le canton à la personne assurée et ne passe en aucun cas à l'assureur-maladie. La personne assurée devient alors directement bénéficiaire de la subvention, même si celle-ci ne lui sera reversée par l'assureur-maladie qu'après compensation avec la dette de primes. Les montants à verser sont plus ou moins importants, étant donné que quelques cantons se basent sur le montant moyen des primes pour le calcul de la subvention. La personne tenue de s'assurer peut ainsi influencer le solde à récupérer et les cantons empêchent que la subvention ait un impact direct négatif sur la concurrence entre les assureurs-maladie. C'est une indication claire parmi tant d'autres qui démontre que le législateur ne voulait pas prévoir une reprise de dette en édictant l'art. 65 LAMal. La personne assurée demeure débitrice de la totalité des primes. Il s'ensuit que des personnes de condition économique modeste doivent aussi pouvoir renoncer à présenter une demande de réduction des primes en fonction des réglementations cantonales (cf. teneur de l'art. 65 al. 3 LAMal), bien que, suivant les circonstances, elles pourraient prétendre à une telle prestation.

Il n'appartient pas à l'assureur-maladie d'évaluer les conditions sociales, mais à l'assuré, respectivement au canton. La modification de l'art. 65 al. 1 LAMal visait uniquement à ce que les assureurs-maladie puissent déduire les primes dues avant de rembourser les assurés bénéficiaires de la subvention. Par conséquent, les assureurs-maladie doivent garantir entièrement l'escompte également sur la partie subventionnée. En outre, conformément à la tâche constitutionnelle qui leur est conférée (art. 117 Cst.), ils sont tenus de traiter tous les assurés de manière égale, indépendamment de leur condition sociale (art. 13 al. 2 let. a LAMal ; art. 8 Cst.)".

Dans le domaine de la réduction des primes ou des montants forfaitaires prévus à l'art. 10 al. 3 let. d de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC), le paiement de la différence entre les primes dues et la subvention fait toujours débat. L'assureur-maladie doit verser ce solde à la personne assurée dans un délai de 60 jours conformément à l'art. 106c al. 5 OAMal, si le reste de ses créances de primes pour l'année civile en cours et ses autres créances échues ressortissant à l'assurance obligatoire des soins (primes impayées de l'année précédente, participations aux coûts, frais de poursuite, intérêts moratoires) pour lesquelles il n'existe pas d'acte de défaut de biens, sont inférieurs à la réduction des primes ou au montant forfaitaire accordés par le canton. Etant donné que la Confédération ne fixe pas aux cantons le moment où ils doivent virer aux assurés la réduction des primes ou le montant forfaitaire, la question de savoir quand le délai de 60 jours commence à courir est source de difficultés, d'autant plus que la situation est très différente selon les cantons. Certains allouent la subvention sous forme de mensualités, d'autres en une seule fois. Le délai de 60 jours commence à courir dès réception de la somme. En cas de paiement par acomptes, si le dernier paiement intervient lors de l'année suivante, l'autorité de surveillance compétente estime que l'assureur doit verser l'argent au plus tard 60 jours après la notification du décompte annuel présenté au canton selon l'art. 106c al. 3 OAMal.

Cependant, les cantons ne prévoient pas tous le paiement de l'excédent résultant de l'allocation d'une réduction de primes (cf. art. 106c al. 5 let. a OAMal), comme on le verra dans le cas suivant.

Cas n° 6 :

Un assuré domicilié à Lucerne se plaignait du fait que son assureur-maladie ne lui versait pas la différence entre la prime LAMal effectivement due et la réduction de primes que lui avait accordée le canton.

Il ressort de nos recherches que, selon le § 7 al. 7 de la loi sur la réduction des primes de l'assurance-maladie du canton de Lucerne (SRL 866), la réduction des primes ne doit pas dépasser le montant des primes de l'assurance obligatoire des soins dues pour l'année civile en cours. Par conséquent, aucun excédent ne peut être payé dans le canton de Lucerne, et aucune créance exigible ressortissant de l'assurance obligatoire des soins, pour lesquelles il n'existe pas d'acte de défaut de biens, ne peut être compensée avec un éventuel excédent.

Dans le cas concret, la décision de la caisse-maladie de ne pas verser l'excédent à l'assuré n'était pas critiquable.

6.3 Non paiement des primes et des participations aux coûts

La révision de l'art. 64a LAMal a conduit à l'obligation pour les cantons, depuis le 1er janvier 2012, de prendre en charge le 85 % des créances qui ont fait l'objet d'un acte de défaut de biens après saisie ou faillite des débiteurs des primes en retard de paiement. En contrepartie, ils ont reçu la possibilité de dresser une liste de ces mauvais payeurs et de faire suspendre la prise en charge des coûts des prestations, sauf pour les traitements d'urgence, jusqu'au règlement complet des arriérés.

Les cantons suivants ont déjà dressé la liste des mauvais payeurs :

Canton	Mise en oeuvre	Remarque
Argovie	01.07.2014	
Grisons	01.01.2014	
Lucerne	01.10.2012	
Schaffhouse	01.07.2012	
Soleure	01.11.2012	
Saint-Gall	01.01.2015	
Tessin	01.01.2012	
Turgovie	01.01.2012	Introduite au niveau cantonal déjà depuis l'automne 2007.
Zug	Milieu de l'année 2012	

C'est le droit fédéral qui détermine les personnes qui sont susceptibles de figurer

dans une liste au sens de l'art. 64 al. 7 LAMal. La teneur de l'art. 64 al. 7 LAMal ne limite pas le cercle des personnes assurées. Le législateur n'a visé toutefois que les débiteurs de mauvaise foi, qui refusent de payer, et non les débiteurs insolubles, qui ne peuvent pas payer (cf. Eugster, *ibid.*, n. 1334).

La réalité est tout autre cependant. En effet, dans le canton de Lucerne, seuls sont exclus de la liste les bénéficiaires de l'aide sociale, de l'allocation de maternité et des prestations complémentaires, ainsi que les enfants en-dessous de 18 ans (cf. § 5 de la loi d'application de la LAMal du canton de Lucerne [SRL 865]) ; voir aussi à ce propos les §§ 29c et 29d de la loi d'application de la LAMal du canton d'Argovie [RS 837.100]). Tous les autres assurés en retard de paiement dans le canton de Lucerne figurent dans la liste déjà à partir de la notification du commandement de payer. Dans ces circonstances, la liste comprend également des assurés que l'on ne peut pas réellement décrire comme étant de mauvaise foi, comme le démontre le cas suivant.

Cas n° 7 :

Un assuré domicilié dans le canton de Lucerne requit notre aide. Il était assuré doublement à la suite d'un changement de caisse, et comme il n'était pas en mesure de payer deux primes en même temps, il s'était retrouvé sur la liste des mauvais payeurs (liste noire), bien qu'il se soit toujours acquitté de son obligation de paiement à l'égard d'une des caisses-maladie. Le service cantonal compétent n'avait pas réagi à son opposition et l'avait renvoyé aux deux caisses-maladie, lesquelles s'obstinaient à faire valoir leur droit respectif à la prime.

L'Office de médiation a pu venir en aide à l'assuré en priant chacune des caisses-maladie de ne pas envoyer de sommation puis en examinant les raisons de la double assurance. Une fois clarifié auprès de quel assureur la relation d'assurance était valable, la double assurance pouvait être résolue. Par la suite, l'assureur-maladie responsable de l'inscription de l'assuré dans la liste des mauvais payeurs a fait en sorte de retirer celui-ci de la liste.

6.4 Prestations

Il arrive encore régulièrement qu'un assuré nous demande s'il doit signer la formule de procuration produite par la caisse-maladie en vue de l'examen du droit aux prestations et, le cas échéant, s'il peut la modifier. En règle générale, nous répondons qu'il faut donner la procuration au risque de se voir refuser les prestations revendiquées par la caisse-maladie. L'assuré a toutefois la possibilité de

limiter l'étendue de la procuration à une situation particulière et dans le temps. Nous déconseillons tout de même de poser d'autres restrictions. En fin de compte, l'assureur doit pouvoir examiner l'efficacité, l'utilité et le caractère économique de la prestation fournie ou à fournir.

Dans le cas suivant, la procuration qui nous a été présentée dépassait le cadre de ce que nous avons vu ces dernières années.

Cas n° 8 :

L'assuré, qui souffrait de rhumatisme des parties molles, devait signer la procuration suivante en faveur de son assureur-maladie :

„Les collaborateurs de la caisse-maladie XY chargés du traitement des prestations sont autorisés, par la présente, à consulter les dossiers médicaux et le détail des factures, ainsi qu'à requérir tout renseignement nécessaire pour l'examen du droit aux prestations. Les médecins, les thérapeutes et le personnel paramédical sont déliés de leur devoir de confidentialité et sont priés d'envoyer les documents requis par la caisse-maladie XY directement au service des prestations. L'assuré confirme expressément que les documents peuvent être envoyés, non pas au médecin-conseil, mais directement aux collaborateurs de la caisse-maladie XY qui traitent le dossier de l'assuré. La procuration porte sur les traitements décrits ci-dessous, respectivement sur le déroulement des traitements, et peut être révoquée par le soussigné en tout-temps sans indication des motifs“

Il est bien compréhensible que l'assuré ait cherché chez nous conseil dans le cadre de cette affaire. Peut-être partait-il de l'idée que l'assureur-maladie n'emploie en principe que du personnel non formé aux questions médicales, ce qui, dans la pratique, n'est pas le cas. Les assureurs-maladie occupent, précisément dans le domaine des prestations médicales beaucoup de spécialistes provenant de professions médicales tels des assistants ou assistantes en pharmacie, assistants ou assistantes médicales, spécialistes dans le domaine des soins mais aussi médecins. Les assureurs sont par conséquent en mesure d'évaluer les états de faits médicaux en tant que conditions préalables à l'octroi de prestations, bien entendu en collaboration avec les médecins-conseil. Le législateur voulait toutefois donner la possibilité aux assurés d'exiger que certaines informations complémentaires ne soient adressées qu'aux médecins-conseil. Dans ce contexte, notre Office est parti de l'idée que c'est bien cela que l'assuré entendait obtenir et il lui a par conséquent conseillé de modifier la procuration dans ce sens de telle sorte que les informations parviennent directement au médecin-conseil.

Le texte de la procuration a en conséquence été modifié selon les termes suivants :

"Les collaborateurs de la caisse-maladie XY chargés du traitement des prestations NE sont PAS autorisés à consulter les dossiers médicaux et le détail des factures, ainsi qu'à requérir tout renseignement nécessaire pour l'examen du droit aux prestations. Par la présente, seul le médecin-conseil y est autorisé. Les médecins, les thérapeutes et le personnel paramédical sont déliés de leur devoir de confidentialité et sont priés d'envoyer les documents requis par la caisse-maladie XY directement au médecin-conseil. L'assuré confirme expressément que les documents ne peuvent être envoyés qu'au médecin-conseil. La procuration porte sur les traitements décrits ci-dessous, respectivement sur le déroulement des traitements, et peut être révoquée par le soussigné en tout-temps sans indication des motifs".

Vu que par la suite nous n'avons plus eu de nouvelles de l'assuré, nous partons du principe que la caisse-maladie a accepté les modifications opérées sur la procuration.

Le cas suivant montre le désavantage du système du tiers payant et plus particulièrement du tiers soldant, lors de la facturation des traitements ambulatoires.

Il n'est pas rare que, lors d'une première visite au cabinet, l'assistante médicale prie les patients de remplir un formulaire. Il est notamment demandé d'y inscrire ses données personnelles ainsi que de donner son accord pour une facturation selon le système du tiers soldant au lieu du système du tiers garant prévu par le législateur en ce qui concerne les traitements ambulatoires. Plus d'un patient donne son accord sans hésitation et n'est pas conscient que, par conséquent, en cas de conflit avec son médecin, il se trouve dans une position juridique moins favorable que lorsque la facturation s'effectue selon le système du tiers garant.

Cas n° 9 :

Une assurée avait pris rendez-vous chez son médecin traitant en vue d'un examen bien particulier. Au rendez-vous convenu, il s'avéra que le cabinet médical ne pratiquait pas la méthode d'examen souhaitée. Sans autre investigation ou traitement médical, l'assurée retourna chez elle bredouille. Quelques semaines plus tard – alors que l'assurée avait déjà oublié cet incident – elle reçut une facture de sa caisse-maladie, lui demandant de payer la participation aux coûts pour la visite chez son médecin-traitant. Elle n'avait pas reçu de copie de la facture initiale ni de la part de l'assureur ni de la part du fournisseur de prestations. L'assurée nous demanda si elle était tenue de payer la participation aux coûts pour cette consultation inutile. Il ressort de nos recherches les éléments suivants :

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25 al. 1 LAMal). Au titre de l'assurance obligatoire des soins, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 LAMal (art. 34 al. 1 LAMal). Cela inclut aussi la consultation médicale.

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) (cf. art. 64 al. 1 et 2 LAMal).

Sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant ; art. 42 al. 1, 1ère et 2ème phrases, LAMal). Ce droit peut être cédé au fournisseur de prestations (système du tiers soldant ; art. 42 al. 1, 3ème phrase, LAMal). Les assureurs et les fournisseurs de prestations peuvent cependant aussi directement convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant ; art. 42 al. 2 LAMal). En cas de traitement hospitalier, l'assureur, en dérogation à l'art. 42 al. 1 LAMal, est le débiteur envers le fournisseur de prestations de sa part de rémunération.

En vertu de l'art. 42 al. 3, 3ème phrase LAMal, la personne assurée reçoit, dans le système du tiers payant, une copie de la facture qui est adressée à l'assureur. Selon l'art. 59 al. 4, 1ère phrase OAMal, il incombe au fournisseur de prestations de produire cette copie. Afin que le contrôle de la facture, par la personne assurée, puisse être exercé, la remise de cette copie doit intervenir en même temps que l'envoi de la facture à l'assureur. Ainsi la personne assurée peut le cas échéant internir auprès de l'assureur avant tout paiement. Bien entendu dans le système du tiers garant un tel contrôle est simplifié mais il est également possible dans le système du tiers payant si le fournisseur de prestations respecte ses devoirs. Dans le système du tiers soldant, le fournisseur de soins devrait également remettre une copie de sa note d'honoraires à l'assuré.

Si, comme en l'espèce, il y a non exécution ou mauvaise exécution du contrat de traitement entre l'assuré et son fournisseur des prestations et que l'assureur-maladie règle les honoraires réclamés par le médecin, conformément au système du tiers soldant, sans connaître les problèmes contractuels entre le médecin et le patient, alors l'assuré se retrouve dans une position juridique défavorable. En effet, de par la loi, il est débiteur envers la caisse-maladie de la participation aux coûts. S'il veut récupérer la participation aux coûts déjà réglée, il doit poursuivre le fournisseur de prestations par la voie civile et prouver que celui-ci n'a pas satisfait à son obligation contractuelle et qu'il s'est ainsi enrichi de manière injustifiée. A cet égard, l'assuré supporte seul le risque du procès.

Dans l'hypothèse d'une facturation selon le système du tiers garant, le fournisseur de prestations aurait dû envoyer la facture à l'assuré. Celui-ci aurait pu refuser le paiement et n'aurait pas non plus transmis la facture pour paiement à la caisse-maladie. Le fournisseur de prestations aurait été contraint d'engager des poursuites contre l'assuré s'il n'avait pas voulu renoncer à ses honoraires. L'assuré aurait alors fait opposition et le fournisseur de prestations aurait été forcé de saisir le juge pour obtenir la mainlevée de l'opposition.

Dans le cas concret, l'Office de médiation ne pouvait que renvoyer l'assurée auprès du médiateur compétent pour les médecins pour pouvoir s'opposer à la facture médicale sans devoir supporter le risque d'un procès. En outre, il lui a conseillé de payer la participation aux coûts et, en même temps, d'adresser une lettre recommandée à la caisse-maladie, dans laquelle elle décrit la situation et lui annonce que le règlement de la facture ne vaut pas reconnaissance de dette.

Dans le domaine des prestations, nous sommes encore toujours confrontés au refus de prendre en charge les frais de transports, comme dans le cas suivant :

Cas n° 10 :

Un assuré a dû être transporté d'urgence à l'hôpital en taxi en raison d'un fort soupçon d'embolie pulmonaire. Comme son état était stabilisé et qu'il avait déjà été traité au cabinet au moyen d'anticoagulants, son médecin traitant avait renoncé au moyen de transport coûteux que représente le transport en ambulance. Par la suite, la caisse-maladie a refusé de prendre en charge les frais de transport de 18 fr., au motif qu'il n'avait pas été effectué par un moyen de transport correspondant aux exigences médicales et que l'entreprise de taxi ne disposait ni d'une autorisation cantonale ni d'un contrat avec l'assureur-maladie.

Par la suite, l'Office de médiation a fait valoir que la LAMal ne prévoit pas de conditions d'approbation pour les entreprises de transport mais qu'elle a délégué la réglementation correspondante au Conseil fédéral, lequel a édicté l'art. 56 OAMal. Selon cette disposition, les entreprises de transport et de sauvetage, qui sont admises en vertu du droit cantonal et qui ont conclu un contrat sur les transports et le sauvetage avec un assureur-maladie, sont autorisées à exercer leur activité à la charge de cet assureur. Selon le Tribunal fédéral, ladite disposition doit seulement être qualifiée de condition formelle pour l'approbation d'une convention tarifaire (cf. ATF 124 V 338). Selon le SBVR Soziale Sicherheit, 3ème éd., Eugster. n. 777, le problème tient au fait que seulement peu de cantons ont réglementé la profession de taxi. Selon la jurisprudence actuelle (cf. pour un cas récent : 9C_759/2011), la légalité de l'art. 56 OAMal serait douteuse si l'on

excluait la prise en charge de prestations en faveur de personnes qui, pour des raisons médicales ne conduisent pas ou ne peuvent utiliser les transports en commun mais qui n'ont pas non plus besoin d'un véhicule spécialement équipé pour le transport de malades, au seul motif que les autorisations cantonales correspondantes n'existent pas pour le moyen de transport emprunté (comme par exemple le taxi, le service de transport de la Croix-rouge etc.) et que les cantons ne sont pas non plus tenus d'édicter de tels règlements.

Nous avons conclu notre argumentation en exposant que dans le cas concret le transport en taxi était indiqué d'un point de vue médical et que ce moyen de transport correspondait aisément aux exigences médicales.

Malheureusement la caisse-maladie n'a pas suivi notre appréciation et a refusé la prise en charge des coûts pour le trajet en taxi de l'assuré jusqu'à l'hôpital.

7 Pratique des assurances complémentaires selon la LCA

7.1 Conclusion du contrat

Le cas suivant concerne des clauses d'exclusion de couverture prêtant à confusion.

Cas n° 11 :

Un père voulait conclure une assurance pour soins dentaires couvrant les traitements orthodontiques ("kieferorthopädische Behandlungen", traitements d'orthopédie maxillaire et mandibulaire) pour son fils âgé de 10 ans. L'assurance pour soins dentaires souhaitée offrait des prestations à hauteur de 15'000 fr. par année civile. La caisse-maladie a répondu à la demande du père par une contre-proposition contenant les exclusions suivantes :

*"Orthodontische Behandlung" (Traitement orthodontique)
Dent 11*

Le père de l'assuré accepta la contre-proposition. Lorsque plus tard la caisse-maladie refusa de prendre en charge les coûts pour le traitement orthodontique de son fils en s'appuyant sur la clause d'exclusion du contrat, le père s'en plaignit auprès de l'Office de médiation.

D'après nos recherches, les notions de "orthodontische Behandlung" et de "kieferorthopädische Behandlungen" sont identiques, ce que le père de l'assuré, profane en médecine dentaire, ne savait pas.

En réalité le terme "orthodontische Behandlung" n'est pas courant en langue allemande. L'assureur-maladie, en effet, n'avait pas utilisé une seule fois ce terme dans les versions allemandes de ses conditions générales d'assurances (CGA) et de ses conditions spéciales (CS) ainsi que dans la publicité faite pour l'assurance pour soins dentaires. Il était toujours question de "kieferorthopädische Behandlungen". Ce n'est que lors de sa contre-proposition au preneur d'assurance, là où il était question d'exclusion de prestations, qu'il avait utilisé le terme technique spécifique à la médecine dentaire de "orthodontische Behandlung".

A la suite de l'intervention de l'Office de médiation, l'assureur nous a renvoyé à un arrêt du tribunal des assurances du canton d'Argovie du 30 juin 2015 (VKL.2014.2) rejetant le recours d'un assuré. Dans ce jugement, le tribunal s'était posé la question de savoir quelle était la signification du terme "orthodontische

Behandlung". Il a conclu que cette expression était identique à celle de "kieferorthopädische Behandlungen". En réponse au grief invoqué par le recourant, selon lequel la partie intimée aurait dû formuler de façon claire et compréhensible l'exclusion de la couverture d'assurance, le tribunal cantonal a admis que celle-ci aurait pu décrire la réserve émise en mentionnant "kieferorthopädische Behandlungen" ; cependant, il était possible pour le recourant, sans grand effort, de se renseigner sur la notion de "orthodontische Behandlung" (par exemple auprès de son dentiste). Entre-temps, le jugement est entré en force. En l'espèce, l'assureur-maladie reproche à l'assuré de ne pas s'être renseigné sur la signification des termes utilisés, s'il ne les avait pas compris. Cette situation est insatisfaisante et laisse un arrière-goût amer.

7.2 Changement d'assureur

Notre Office de médiation doit régulièrement se pencher sur les conséquences résultant de conseils donnés par des courtiers. En règle générale, il ne nous reste qu'à contrôler la validité de la conclusion du contrat et, si celle-ci doit être admise, à attirer l'attention de l'assuré sur les possibilités de résiliation exceptionnelle.

Les cas dans lesquels les assurés sont convaincus de changer de caisse à la suite d'un mauvais conseil d'un courtier et subissent par là un dommage important sont particulièrement fâcheux. Le cas suivant illustre un exemple classique.

Cas n° 12 :

Il arrive souvent que des courtiers incitent les parents d'enfants de plus de 5 ans à transférer à une autre caisse-maladie les assurances dentaires conclues en faveur de ceux-ci, lesquelles couvrent les traitements orthodontiques. En règle générale, les assurés ne sont pas prêts à quitter leur assureur pour un autre, c'est pourquoi un certain nombre de courtiers va jusqu'à affirmer ouvertement que le nouvel assureur prend d'emblée en charge les traitements orthodontiques, afin de ne pas laisser échapper une affaire lucrative. Les preneurs d'assurance ne devraient pas se faire de souci en ce qui concerne la prise en charge de ces coûts, tant qu'un traitement n'est pas déjà prévu ou qu'un rendez-vous chez le médecin n'a pas encore été convenu. Au final, ce qui doit arriver se produit : le nouvel assureur ne paie pas, au motif que les troubles existants lors de la conclusion du contrat (ce qui comprend le mauvais positionnement des dents) ne peuvent plus être assurés. En outre, l'ancienne caisse-maladie n'est plus tenue de payer, dans la mesure où les contrats qui la liaient ont été résiliés. Le courtier rejette toute responsabilité

et affirme qu'il n'était pas au courant du mauvais positionnement des dents. Les parents ne peuvent pas prouver le contraire (il s'agit de leur parole contre celle du courtier) et les frais dentaires très élevés des enfants restent à leur charge.

Malheureusement à ce stade même l'intervention de l'Office de médiation n'est plus d'un grand secours. La médiatrice regrette beaucoup que, dans ce genre de situation, les assureurs-maladie ne se montrent pas plus conciliants, alors que tous les spécialistes devraient être d'accord sur le fait qu'un courtier sérieux n'inciterait jamais les parents d'enfants de plus de 5 ans à changer une assurance dentaire déjà conclue, qui couvre les traitements orthodontiques. Il leur conseillerait plutôt d'accepter l'offre familiale avantageuse qu'il propose tout en gardant les assurances dentaires des enfants auprès de l'assureur actuel, jusqu'à ce que ceux-ci n'en aient plus besoin.

Dans de telles circonstances, la médiatrice souhaiterait qu'en cas de réclamation, les assureurs-maladie clarifient si une assurance dentaire équivalente avait déjà été contractée et, le cas échéant, qu'ils se montrent prêts à trouver un arrangement, plutôt que de se fier aux seules déclarations des courtiers qui règlent leur conduite en fonction de la perception de commissions.

7.3 L'assurance d'indemnités journalières selon la LCA

Le cas suivant est intéressant car il montre que les personnes ayant presque atteint l'âge de la retraite ne devrait pas prendre une retraite anticipée en raison de leur mauvais état de santé lorsqu'elles ont encore droit aux prestations de l'assurance-invalidité et de l'assurance d'indemnités journalières. En effet, une retraite anticipée peut conduire à une réduction sensible et à vie de la rente AVS.

Cas n° 13 :

L'assurée était en incapacité de travail du 10 février 2014 au 20 juin 2014, ainsi que depuis le 3 septembre 2014 pour une durée indéterminée et sans interruption. En janvier 2014 – avant le début de l'incapacité de travail – elle avait signé à la demande de son employeur une attestation selon laquelle elle prendrait sa retraite anticipée à la fin de l'année 2014. Après la survenance de l'incapacité de travail, l'assurée voulait révoquer cette attestation et maintenir la relation de travail, ce que l'employeur refusait. L'assurée quitta ses fonctions au 31 décembre 2014.

En décembre 2014, un case manager de l'assureur-maladie rendit visite à l'assurée à la maison. Il lui conseilla de faire attester une capacité totale de travail à

compter du 1er janvier 2015, afin de toucher la retraite anticipée dès cette date. L'assurée refusa, étant donné qu'elle était encore en incapacité totale de travail et qu'elle s'était déjà annoncée auprès de l'assurance-invalidité pour l'examen de son droit à une rente. Malgré cela, l'assureur-maladie cessa le versement des indemnités journalières au 31 décembre 2014, au motif que l'assurée était considérée comme une préretraîtée et que, par conséquent, elle n'avait plus droit aux indemnités journalières maladie en raison de l'absence de perte de gain.

Entre-temps l'assurance-invalidité a rendu une décision, par laquelle elle a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité fondée sur taux d'invalidité de 100% après écoulement du délai d'attente d'un an à compter du 1er septembre 2015. Par ailleurs, la caisse de pension a confirmé qu'après la fin des rapports de travail, soit depuis le 1er janvier 2015, l'assurée était encore en incapacité totale de travail et que, partant, elle n'était pas soumise à cotisation auprès d'elle depuis cette date. C'est pourquoi, il n'était pas question de retraite anticipée. La caisse de pension a également confirmé le droit de l'assurée à une rente d'invalidité selon la LPP, à compter du 1er septembre 2015.

Par la suite, l'Office de médiation est intervenu auprès de l'assureur-maladie et a fait valoir que si l'assurée avait certes quitté ses fonctions auprès de son dernier employeur avec effet au 1er janvier 2015, elle n'était toutefois pas considérée comme une préretraîtée, mais comme une personne en incapacité totale de travail. Par conséquent, l'assurée subissait une perte de gain et, de ce fait, elle avait encore droit aux indemnités journalières maladie à compter du 1er janvier 2015.

L'assureur-maladie nous annonça, sans autre commentaire, qu'il avait rouvert le dossier de l'assurée et lui reconnaissait à nouveau le droit à des indemnités avec effet rétroactif au 1er janvier 2015.

8 Pratique en présence de situations transfrontalières

Ces dernières années, nous avons pu constater une hausse significative des situations présentant des éléments d'extranéité, en particulier en relation avec l'Union européenne (UE). Ces cas présentent un défi particulier pour l'Office de médiation, dans la mesure où il faut tenir compte de différentes lois et ordonnances.

Cas n° 14 :

Un assurée se trouvait en France pour un court séjour, lorsqu'elle dut se faire opérer d'urgence sur place. L'hôpital transmet sa facture à l'institution d'entraide en France, laquelle s'adressa à l'institution d'entraide en Suisse – l'Institution commune LAMal à Soleure – conformément aux accords bilatéraux entre la Suisse et l'UE. Par la suite, cette institution demanda le paiement des frais hospitaliers à la caisse-maladie de l'assurée. Finalement la caisse-maladie prit en charge les coûts à l'exception d'une quote-part de 20% prévue par le droit français (le "ticket modérateur"). L'assurée demanda à son assureur la prise en charge de cette quote-part par le biais de son assurance complémentaire (une assurance-voyage), ce que l'assureur refusa au motif que, selon l'art. 64 al. 8 LAMal, la participation aux coûts ne peut être assurée ni par une caisse-maladie, ni par une institution d'assurance privée. L'assurée s'adressa alors à l'Office de médiation.

Il ressort de nos investigations auprès de l'autorité de surveillance – l'Office fédéral de la santé publique à Berne (OFSP) – que l'art. 64 al. 8 LAMal a été introduit lors de la révision de la LAMal du 24 mars 2000. Cette disposition interdit d'assurer la participation aux coûts.

Selon l'OFSP, on peut déduire des travaux préparatoires que l'art. 64 al. 8 LAMal ne vise que l'assurance obligatoire des soins en Suisse. Lorsque cette disposition a été édictée, l'Accord sur la libre circulation des personnes et la Convention AELE n'étaient pas encore entrés en vigueur. En cas de prestations fournies à l'étranger, seule la participation aux coûts suisse trouvait application.

Depuis l'entrée en vigueur de l'Accord sur la libre circulation des personnes et de la Convention AELE le 1er juin 2002, en cas de prestations fournies dans un Etat membre de l'UE/AELE, la participation aux coûts du pays où le traitement a été effectué est prélevée séparément. Cela veut dire qu'elle ne peut pas être déduite de la participation aux coûts suisse (quote-part et franchise).

L'OFSP est conscient que la participation aux coûts en France est élevée pour

certaines prestations et que beaucoup de Français l'ont assurée par le biais d'une assurance privée. Pour cette raison, il est d'avis que cette possibilité d'assurance devrait également être offerte aux assurés suisses qui séjournent souvent en France. Etant donné que l'art. 64 al. 8 LAMal ne vise que l'assurance obligatoire des soins, l'OFSP ne voit aucune objection à ce que les assureurs-maladie proposent une assurance complémentaire qui couvre la participation aux coûts prélevée pour les traitements fournis dans un Etat membre de l'UE/AELE.

Cela étant, l'Office de médiation s'est référé avec succès à l'argumentation de l'OFSP et l'assureur-maladie concerné a pris en charge le "ticket modérateur" de 20% par le biais de l'assurance-voyage selon la LCA que l'assurée avait contractée auprès de lui.

L'entrée en vigueur en France le 1er juin 2015 d'une disposition légale, selon laquelle les personnes domiciliées en France ne peuvent plus conclure d'assurance obligatoire de soins au moyen d'un contrat de droit privé, a fait l'objet de quelques demandes de frontaliers à l'Office de médiation. A ce propos, le cas suivant se différencie des situations habituelles.

Cas n° 15 :

Une famille composée d'un couple et de deux enfants mineurs dont le domicile se situait en France et le lieu de travail en Suisse avait conclu avec un assureur-maladie en Suisse un contrat d'assurance selon la LCA prévoyant la même couverture que l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal. Avant que la nouvelle réglementation susmentionnée n'entre en vigueur en France au 1er juin 2015, un des enfants a dû être hospitalisé. L'hospitalisation a eu lieu en Suisse et l'hôpital a envoyé la facture à l'assureur-maladie suisse. Celui-ci a refusé de prendre en charge les frais, au motif que l'enfant était obligatoirement assuré pour les soins en France, étant donné qu'au moment du traitement son père était chômeur et, partant, soumis au régime d'assurance français. Vu que dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, une personne ne peut être doublement assurée, il n'avait pas, en tant qu'assureur-maladie suisse, à prendre en charge les frais d'hospitalisation. L'assureur français refusait également la prise en charge de ces coûts, s'agissant d'une hospitalisation prévue à l'étranger. La mère de l'enfant nous demanda alors lequel des deux assureurs était tenu d'assumer les frais.

En réalité, les enfants mineurs sont toujours assurés dans l'Etat de résidence, si au moins un des parents y touche un revenu ou – comme en l'espèce – perçoit des indemnités journalières de l'assurance-chômage.

Dans le cas présent, notre intervention était nécessaire parce que nous étions d'avis que le contrat d'assurance conclu par les parents en Suisse selon la LCA ne constituait pas un contrat au sens du droit des assurances sociales, même s'il couvrait les mêmes risques. Pour cette raison, selon nous, il ne pouvait être question d'une double assurance dans le domaine des assurances sociales entre la France et la Suisse. Il y avait un contrat de droit privé qui garantissait la prise en charge des frais pour une hospitalisation en Suisse, de sorte que l'assureur-maladie devait assumer les frais d'hospitalisation.

L'assureur-maladie s'est finalement rallié à l'argumentation de l'Office de médiation.

Durant l'année 2014, nous avons particulièrement souvent eu affaire à des femmes enceintes souhaitant accoucher dans le pays de l'UE où était domicilié le futur père. Forcément, cela ouvre toujours la voie à des conflits avec leurs assureurs-maladie respectifs, à tort selon nous.

Cas n° 16 :

Une femme enceinte, assurée en Suisse selon la LAMal, planifiait d'accoucher au domicile de son partenaire en Allemagne. A sa demande, la caisse-maladie lui indiqua que les frais en vue d'un accouchement à l'étranger n'étaient couverts que jusqu'à la 36ème semaine de grossesse. Pour la période ultérieure, il ne s'agissait plus d'un cas d'urgence à l'étranger au sens de l'art. 34 al. 2 LAMal en relation avec l'art. 36 al. 2 OAMal, pour lequel la caisse-maladie a un devoir limité de fournir des prestations. L'assurée devait alors prendre toutes les mesures nécessaires pour un retour à temps en Suisse. Cependant, la future maman voulait absolument que son partenaire soit présent au moment de l'accouchement et n'était donc pas d'accord avec la décision de la caisse-maladie. Elle s'adressa pour cette raison à l'Office de médiation.

Etant donné que l'état de fait présentait des liens avec la Suisse et avec l'UE, nous étions de l'avis que l'art. 36 al. 5 OAMal était applicable. Selon celui-ci, les dispositions sur l'entraide internationale en matière de prestations demeurent réservées.

Selon nous, en vertu de cette disposition, ce n'était pas l'art. 36 al. 2 OAMal qui était applicable au cas présent mais l'art. 19 al. 1 du Règlement (CE) no 883/2004 du Parlement européen et du Conseil portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale en relation avec l'art. 25 al. 3 du Règlement (CE) no 987/2009 fixant les modalités d'application. Ces dispositions prévoient le droit

aux prestations en nature nécessaires d'un point de vue médical pendant un séjour dans un Etat membre de l'UE/AELE, afin que la personne assurée ne soit pas contrainte de rejoindre avant la fin de la durée prévue de son séjour l'Etat membre compétent, pour y recevoir le traitement nécessaire. A cet égard, la nature des prestations et de la durée prévue du séjour sont à prendre en considération.

Conformément à la décision S3 de l'Union européenne du 12 juin 2009, les prestations en nature ne sont pas visées par ces dispositions si lorsque le recours à ces traitements constitue le but même du séjour à l'étranger.

Certes, l'assurée avait planifié d'accoucher en Allemagne. Ce n'était toutefois pas pour que son enfant soit mis au monde avec l'aide d'un médecin renommé mais uniquement pour que son partenaire et futur père de l'enfant soit présent lors de la naissance. Selon nous, compte tenu de la libre circulation des personnes, une naissance ne doit pas être interprétée comme un traitement à l'étranger au sens de la décision S3 précitée.

En outre, nous avons pu attirer l'attention de l'assurée sur le guide de l'Institution commune LAMal à Soleure. Dans un exemple semblable, celle-ci admettait la couverture d'une naissance dans l'UE par l'assurance obligatoire des soins en Suisse.

C'est pourquoi nous avons conseillé à l'assurée de faire valoir à l'encontre de la caisse-maladie, en se prévalant de ces dispositions, que le cas présent ne constituait pas un traitement planifié à l'étranger en tant que tel.

La problématique s'est finalement résolue par elle-même, dans la mesure où l'enfant est venu au monde deux semaines et demie trop tôt, alors que la mère se trouvait à ce moment-là encore en Suisse.

Cas n° 17 :

Une assurée avait démissionné, résilié ses contrats de travail et de bail en Suisse et était partie en bateau pour un voyage autour du monde. La date de fin du voyage était laissée ouverte. Lorsqu'elle tomba enceinte pendant le voyage, elle voulût se renseigner auprès de sa caisse-maladie au sujet de la prise en charge des frais pour les examens préliminaires et l'accouchement à l'intérieur de l'UE. L'assureur refusa de garantir la prise en charge des coûts pour une naissance planifiée à l'étranger en vertu de l'art. 36 al. 2 OAMal, dans la mesure où il n'était pas question d'un cas d'urgence étant donné qu'il était encore possible pour l'assurée de retourner en Suisse pour accoucher.

Nous ne pouvions pas suivre ce raisonnement pour les raisons suivantes :

L'assurée se trouvait déjà depuis longtemps autour du monde et avait laissé ouverte la date même de son retour. Pendant ce temps, elle était tombée enceinte. Selon nous, l'accouchement s'avérait donc nécessaire d'un point de vue médical au sens de l'art. 19 al. 1 du Règlement (CE) no 883/2004 en relation avec l'art. 25 al. 3 du Règlement (CE) no 987/2009, de sorte que l'assurée ne devait pas être contrainte de rejoindre prématurément la Suisse pour y recevoir le traitement nécessaire. Aussi la naissance ne constituait-elle pas, de notre avis, le but même du séjour à l'étranger au sens de la décision S3 susmentionnée.

La caisse-maladie ne partageait pas notre opinion et faisait valoir que la réserve contenue à l'art. 36 al. 5 OAMal ne devait pas être comprise en ce sens que les al. 1 à 4 de l'art. 36 OAMal devenaient entièrement caducs. Au contraire, il n'était pas clair si l'art. 36 al. 1 à 4 OAMal ou les dispositions de l'entraide internationale en matière de prestations étaient applicables. La caisse-maladie estimait que la jurisprudence suisse appliquait le plus souvent l'OAMal. Elle suivait donc la pratique.

Par conséquent, l'assureur a maintenu sa décision, selon laquelle il ne s'agissait pas d'un traitement en urgence au sens de l'art. 36 al. 2 OAMal, de sorte qu'il n'accordait aucune garantie de prise en charge des coûts. En outre, il n'était pas certain, selon lui, que l'assurée ait encore son domicile en Suisse et partant, qu'elle soit encore vraiment assujettie à l'assurance.

Lucerne, le 11 mai 2016

Morena Hostettler Socha, médiatrice

FONDATION OFFICE DE MÉDIATION DE L'ASSURANCE-MALADIE

Conseil de fondation (état au 31.12.15) :

MOSER Markus	Président , docteur en droit, 3172 Niederwangen
BRÄNDLI Christoffel	Vice-président , mag. oec. HSG, anc. conseiller aux États, 7302 Landquart
D'ANDREA JÄGER Mariantonia	Docteur méd. psychiatrie et psychothérapie, 3007 Berne
DITTLI Nikolai	CEO de la CONCORDIA, 6020 Emmenbrücke
LANGENBERGER Christiane †	Anc. conseillère aux États, 1122 Romanel-sur-Morges
MONIGATTI Fabiola	Lic. en droit, LL.M ; 7742 Poschiavo
SCHWALLER Urs	Docteur en droit, conseiller aux États, avocat, 1700 Fribourg

Geschäftsstelle in Luzern (Stand 31.12.15) :

HOSTETTLER SOCHA Morena	Médiatrice , lic. en droit, avocate
EIGENSATZ Urs	Expert dipl. en assurance-maladie
FELLMANN Fabienne	MLaw, avocate
GOTTRAUX Isabelle	Lic. en droit, juriste
LINIGER Eliane	Expert dipl. en assurance-maladie
LORÉTAN Charles	Expert dipl. en assurance-maladie
SCHERRER H.-Th. (bis 30.11.15)	lic. en droit, juriste et secrétaire
SCHMID Jasmin	MLaw, juriste
SCHMUTZ Thomas (ab 01.10.15)	Fürsprecher (avocat bernois)
WÖRSCHING-Würmli Barbara	MLaw, juriste

Contact

Par écrit :

Office de médiation de l'assurance-maladie
Morgartenstrasse 9, PF 3565
6002 Lucerne

Telefax :	041 226 10 13
Website :	https://www.om-kv.ch (avec formulaire de contact)

De vive voix :

Permanence téléphonique du lundi au vendredi entre 09.00 – 11.30 heures :

En allemand :	041 226 10 10
En français :	041 226 10 11
En italien :	041 226 10 12