

Office de médiation

de l'assurance-maladie

Rapport annuel '18

Avant-propos de la médiatrice



Fête du 25ème anniversaire de l'Office de médiation de l'assurance-maladie

Estimées lectrices et assurées, estimés lecteurs et assurés,

En janvier 2018, notre fondation a fêté son 25ème anniversaire, lequel a été célébré quelques mois plus tard dans un cadre restreint. A cette occasion, le conseil de fondation a chargé un institut d'études de marché de mener une enquête visant à déterminer le degré de satisfaction des assureurs-maladie à l'égard de l'office de médiation. Le résultat réjouissant nous a conforté dans l'idée que nous sommes sur la bonne voie mais que nous pouvons encore nous améliorer.

Le fonctionnement et le bilan de notre office de médiation seront illustrés ci-après – comme chaque année – sous la forme de résumés succincts de cas choisis à titre d'exemples (dès chapitre 5). Pour des motifs liés à la protection de la personnalité, les noms et les données des personnes ne seront pas mentionnés ou seront modifiés. L'état de fait, les explications et les solutions seront présentées de manière simplifiée.

Les sujets abordés varient à nouveau considérablement et concernent la dissolution rétroactive de l'assurance obligatoire des soins, la participation aux coûts, le traitement dentaire de patients souffrant d'un handicap mental, les problèmes liés aux courtiers, le passage d'une assurance d'indemnités journalières collectives à une assurance individuelle, la procédure de sommation et les cas présentant un élément d'extranéité.

J'espère vivement que le rapport 2018 trouvera votre intérêt.

Votre médiatrice

Morena Hostettler Socha

Lucerne, 16 avril 2019

M. Hostettler Socha

Table des matières

- 1. Office**
- 2. Conseil de fondation**
- 3. Chiffres (évolution des cas)**
 - 3.1 Entrées par matières**
 - 3.2 Entrées par branche d'assurance**
 - 3.3 Entrées par langue**
 - 3.4 Interventions de l'Office de médiation**
 - 3.5 Evolution des entrées (résumé)**
- 4. Principes directeurs de la médiation**
 - 4.1 Quand l'Office de médiation est-il compétent pour traiter un cas ?**
 - 4.2 Quand l'Office de médiation n'est-il d'aucune aide pour les assurés ?**
 - 4.3 Qui peut recourir aux services de l'Office de médiation et comment procéder ?**
 - 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 ?**
 - 4.5 Que peuvent attendre les assurés de l'Office de médiation ?**
 - 4.6 L'Office de médiation peut-il influencer la politique d'entreprise des assureurs ?**
- 5. Pratique de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal**
 - 5.1 Dissolution de l'AOS avec effet rétroactif**
 - 5.2 Participation aux coûts en cas d'hospitalisation stationnaire**
 - 5.3 Pas de participation aux coûts en cas de maternité**
 - 5.4 Prestations**

- 6. Pratique des assurances complémentaires selon la LCA**
 - 6.1 Conclusion d'assurances complémentaires**
 - 6.2 Assurance d'indemnités journalières selon la LCA**
- 7. Cas impliquant les deux domaines du droit**
- 8. Pratique en présence de situations transfrontalières**
 - 8.1 Droit à une réduction individuelle des primes**
 - 8.2 Droit d'option**

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

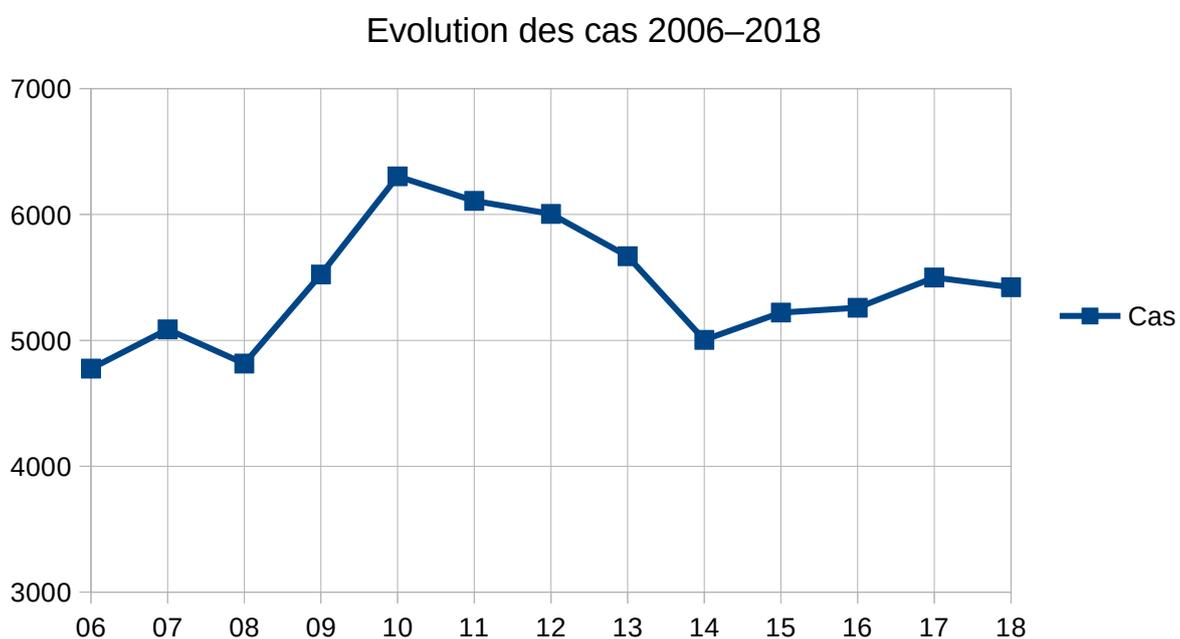
1 Office

Les services de l'Office de médiation à Lucerne furent délivrés durant l'année 2018 sous revue par la médiatrice (lic. iur. Morena Hostettler Socha, avocate), son substitute (Fürsprecher Thomas Schmutz, avocat bernois), par cinq collaboratrices-juristes (Isabelle Gottraux, Barbara Wörsching-Würmli, Jasmin Schmid, Lorena Tronto et Silvia Bucher) ainsi que par deux spécialistes en prestations (Charles Lorétan et Eliane Brechbühl). Au 31 décembre 2018, le taux d'occupation du personnel s'élevait à 6,7 postes.

2 Conseil de fondation

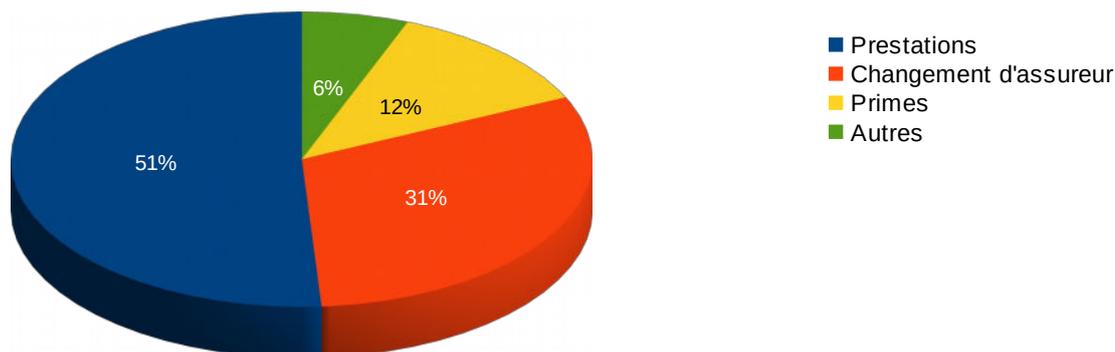
C'est le 18 avril 2018 que le Conseil de fondation tint sa séance d'examen des comptes annuel 2017 et d'approbation du rapport annuel 2017. Le 21 novembre 2018 il se réunit une nouvelle fois pour l'examen du budget 2019 et discuter l'exercice en cours de l'Office de médiation.

3 Chiffres



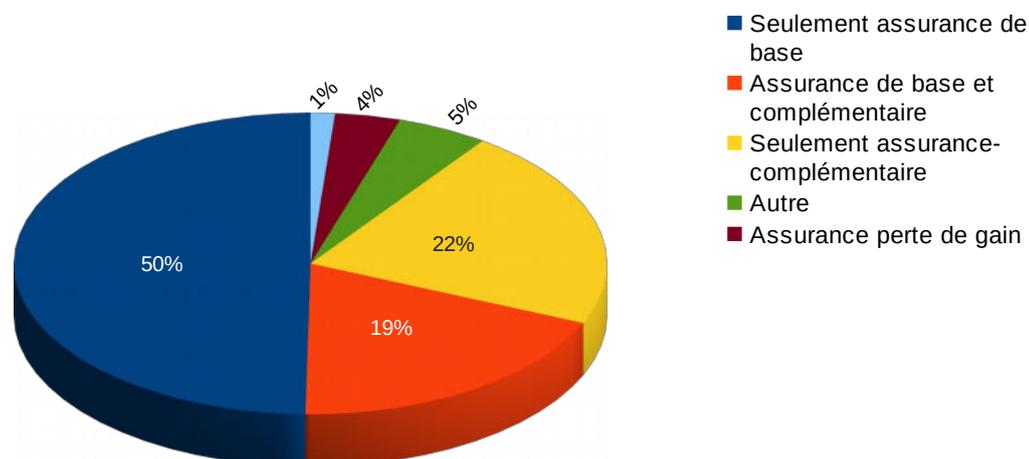
3.1 Entrées par matière

Au cours de l'exercice 2018, 5422 cas ont été soumis à l'Office de médiation (2017 : 5499), ce qui représente une légère baisse de 77 cas par rapport à l'année précédente. La répartition par matière se présente de la manière suivante: 2770 dossiers concernaient les prestations d'assurance (2017 : 2524), 1671 la conclusion d'une assurance ou le changement d'assureur (2017 : 1651) et 659 les primes/contributions (2017 : 678). Les 322 cas restants portaient sur des questions d'ordre général (2017 : 646).

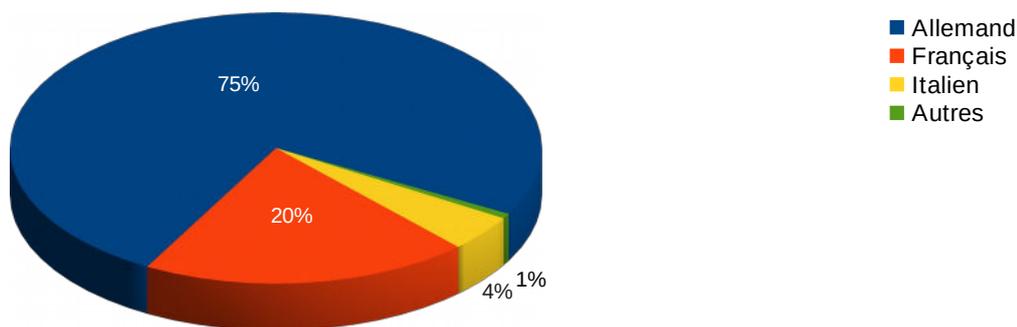


3.2 Entrées par branche d'assurance

2696 cas ne concernaient que l'assurance de base (2017 : 2663) contre 1170, uniquement les assurances complémentaires (2017 : 1187), 1021 ces deux branches ensemble (2017 : 1126). En 2018, 193 cas concernèrent l'assurance indemnités journalières (2017 : 210). Dans 72 cas, nous avons dû adresser les assurés à l'Office de médiation de l'assurance privée et de la SUVA (2017 : 35). Les 270 cas restants portèrent sur des questions de nature générale, parfois même sans rapport avec l'assurance-maladie (2017: 278).

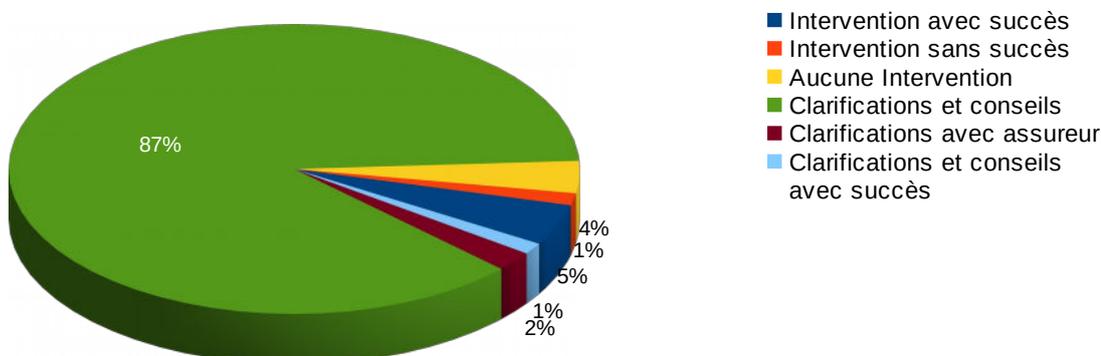


3.3 Entrées par langue



4067 requêtes furent adressées à l'Office de médiation en allemand (2017: 4258), 1087 en français (2017: 1011), 235 en italien (2017: 199) et 33 dans d'autres langues, surtout en anglais (2017: 31).

3.4 Interventions de l'Office de médiation



Dans 4717 (= 87 %) cas, le rôle de l'office de médiation a consisté à confirmer la décision de l'assureur ou à expliquer celle-ci à la personne assurée, sans consultation avec l'assureur-maladie (2017: 4679). Dans 322 cas au total (= > 5,9%), l'office de médiation est intervenu auprès des assureurs-maladie concernés en formulant une demande (2017: 400 resp. < 7,4 %), laquelle a été acceptée dans 249 cas (= 4,6 %; 2017: 318 resp. < 5,9 %), ce qui représente un taux de réussite de plus de 77% (2017: 79,5 %). Dans 194 cas (= < 3,6 %), l'office de médiation n'est pas intervenu (2017: 223 resp. > 4 %), ce qui signifie qu'aucune demande particulière n'a été formulée auprès de l'assureur. Dans 120 cas (=

2,2%), nous avons simplement requis de la caisse-maladie qu'elle nous fournisse des pièces que nous n'avions pas reçues de la part des assurés en raison de difficultés liées à la langue ou à l'âge (2017 : 66 resp. > 1,2%). Dans 69 cas (= < 1,3 %), nous avons pu expliquer la situation juridique aux assurés de manière à ce qu'ils puissent régler eux-mêmes leur différend avec l'assureur-maladie (2017 : 48 resp. < 0,9%).

3.5 Evolution des entrées (résumé)

Alors que le nombre de cas durant l'année 2014 correspondait dans une large mesure au nombre moyen des années précédentes (environ 5000 cas par an), il augmente continuellement depuis l'année 2015. Au cours de l'année sous revue, nous avons enregistré pour la première fois une légère baisse de 1,4%. Cette valeur se trouve encore dans la zone de dispersion, raison pour laquelle on ne peut pas parler d'un changement de tendance.

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 a 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. 2 et 3 ainsi que 4 et 5 LSAMal (loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale) 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 d'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:

- proposition 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 (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 doivent

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 les associations faïtières des assureurs-maladie, 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 Pratique de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal

5.1 Dissolution de l'AOS avec effet rétroactif

Au cours de l'exercice 2018, nous avons été contactés par plusieurs assurés priés par leur précédent assureur, voire celui d'avant, d'annuler leur assurance obligatoire de soins actuelle et de faire marche arrière, au motif que le changement de caisse n'était à l'époque pas intervenu de manière valable. Lorsqu'une telle requête survient dans un délai convenable, elle ne pose en règle générale pas de problème. La situation devient difficile lorsque plusieurs années se sont écoulées entre le changement de caisse et la requête de reprise de l'ancienne assurance et lorsque l'assuré a fréquemment fait usage de son droit de choisir une caisse-maladie moins chère, comme dans le cas suivant.

Cas 1

Monsieur X. vit d'une rente AVS modeste et de prestations complémentaires. En automne 2007, il a décidé de changer d'assurance obligatoire des soins. Par la suite, il a résilié son assurance auprès de la caisse-maladie A. et demandé son affiliation à la caisse-maladie B. au 1er janvier 2008. Cette dernière lui répondit par un courrier standard, aux termes duquel le passage d'une caisse-maladie à une autre était seulement possible lorsque l'assuré n'avait plus aucune dette à l'égard de la première. L'assuré a cru que la nouvelle caisse refusait son affiliation, de sorte qu'il a rejoint, au 1er janvier 2008, la caisse-maladie C., qui l'a assuré sans condition. Il n'apparaît pas que l'ancien assureur-maladie A. se soit soucié du fait qu'il avait reçu une attestation de nouvelle assurance de la part de deux caisses-maladie. Par la suite, Monsieur X. a changé à plusieurs reprises de caisse-maladie. Il a été régulièrement mis en poursuite par l'assureur-maladie B., lequel, s'il connaissait son adresse, ignorait néanmoins auprès de qui il était alors assuré. Dans la mesure où il n'y avait rien à saisir chez l'assuré, les poursuites ont été abandonnées au fil des ans. Le hasard a voulu que Monsieur X. rejoignît une caisse-maladie intégrée dans le groupe de l'assureur-maladie B. Monsieur X., qui avait entre-temps atteint l'âge de 80 ans, s'est vu confronté à la demande de résolution des rapports d'assurance. L'ancien assureur B. exerçait désormais une grande pression sur l'assuré, à nouveau par le biais de poursuites. Monsieur X. s'est plaint auprès de nous qu'il ne pouvait plus dormir paisiblement. Pour lui, l'assureur B. était entièrement responsable.

Après que notre office de médiation a procédé aux éclaircissements nécessaires et dû constater que le passage de la caisse-maladie A. à la caisse B. était intervenu valablement au 1er janvier 2008 – dès lors que toutes les conditions pour un changement de caisse-maladie étaient remplies (résiliation dans les délais, demande d'affiliation, attestation immédiate de nouvelle assurance et absence d'arriérés après l'expiration du délai de préavis) – nous avons tenté de convaincre l'assureur-maladie B. de renoncer à une résolution des rapports d'assurance étant donné qu'elle aurait dû être effectuées dans l'intervalle auprès de huit caisses-maladie différentes. L'assureur-maladie a néanmoins insisté pour résoudre les rapports d'assurance. Par chance, l'assuré n'avait pratiquement pas bénéficié de prestations durant ces années. Pour cette raison, la résolution des rapports d'assurance a duré « seulement » 18 mois avec pour résultat que

Monsieur X. est désormais assuré auprès de l'assureur-maladie B. et que ce dernier, ironie du sort, doit lui encore rembourser de l'argent.

Nous nous sommes demandés si un tel investissement, en termes de ressources, est encore raisonnable dans le contexte des assurances sociales, dont fait partie l'assurance obligatoire de soins. À notre avis, sur ce point, il appartiendrait au législateur de limiter la résolution à cinq ans.

5.2 Participation aux coûts en cas d'hospitalisation stationnaire

A l'exception des enfants, des jeunes adultes en formation et des femmes lors de la maternité (cf. infra ch. 5.3), les assurés sont tenus de participer aux coûts d'une hospitalisation stationnaire en plus de la franchise annuelle et de la quote-part de 10 %. La contribution journalière s'élève à CHF 15.00 (cf. art. 64 al. 5 LAMal en relation avec l'art. 104 OAMal). S'il peut paraître insignifiant à première vue, ce montant peut se révéler relativement onéreux lorsque l'hospitalisation se prolonge.

Cas 2

En l'espèce, l'assurée avait d'abord été soignée pendant une longue période dans l'unité de soins intensifs avant de rejoindre l'unité ordinaire. Le fils de l'assurée nous demanda si la contribution hospitalière était aussi due lorsque, pendant le séjour en unité de soins intensifs, l'on est exclusivement alimenté artificiellement.

La perception de la contribution hospitalière de CHF 15.00 par jour repose sur l'idée que, pendant l'hospitalisation, la personne assurée économise les frais de la vie courante qu'elle aurait normalement supportés à la maison. Ainsi, l'on tient compte du fait que les frais d'hospitalisation à la charge de l'assureur-maladie comprennent également les coûts de logement et de repas. Cela inclut aussi les frais pour l'eau, l'électricité, etc. (cf. les arrêts de l'ancien Tribunal fédéral des assurances du 24 mai 2007, K 46/06 consid. 3.3, et du 27 avril 2007, K 135/06 consid. 2.7). La jurisprudence fédérale précitée considère la modeste contribution de CHF 15.00 aux frais de logement et de repas à l'hôpital comme une contrepartie raisonnable de l'économie des coûts du ménage.

Aussi avons-nous communiqué au fils de l'assurée que la contribution hospitalière était due, de la même manière que la franchise annuelle et la participation aux coûts de 10 %, et indépendamment de l'alimentation artificielle ou non de sa mère pendant l'hospitalisation.

5.3 Pas de participation aux coûts en cas de maternité

Depuis le 1er mars 2014, les futures mères sont libérées de la participation aux coûts non seulement – comme jusqu'à présent – pour les prestations de maternité selon l'art. 29 LAMal, en relation avec les art. 13 ss OPAS, mais aussi, à compter de la 13ème semaine de grossesse, pour les prestations en cas de maladie, conformément aux 25 et 25a LAMal (cf. art. 64 al. 7 let. a et b LAMal). L'allègement financier voulu par le législateur a entraîné de nouvelles complications administratives.

Cas 3

L'assurée était enceinte durant l'année sous revue. La gynécologue a accompli des examens cliniques et vaginaux les 29 et 30 août 2018 et a fait procéder à diverses analyses de laboratoire conformément à la liste des analyses (LA). Enfin, elle a fixé le 1er jour de la 13ème semaine au 26 septembre 2018. Par la suite, la caisse-maladie a facturé à l'assurée la franchise annuelle et une quote-part de 10 %. La caisse a maintenu son décompte malgré la réclamation de l'assurée, qui n'était pas d'accord.

Nos recherches ont montré que l'on était parti du principe que même les prestations de maternité selon l'art. 29 al. 2 LAMal en relation avec l'art. 13 OPAS (comme par exemple la première consultation, les échographies ainsi que les analyses de laboratoire effectuées avant la 13ème semaine de grossesse) n'étaient exemptes de participation aux coûts qu'à partir de la 13ème semaine de grossesse. Dans le cas qui nous a été soumis on n'avait pas réalisé que la libération de la participation aux coûts dès la 13ème semaine de grossesse ne valait que pour les cas de maladie pendant la grossesse, c'est-à-dire lorsque sont fournies des prestations selon les art. 25 et 25a LAMal.

Les véritables prestations de maternité de l'art. 29 al. 2 LAMal, en relation avec les art. 13 ss OPAS, sont dans tous les cas exemptes de participation aux coûts, indépendamment du fait qu'elles sont fournies avant ou après la 13ème semaine de grossesse.

5.4 Prestations

De temps à autre, il est demandé à l'office de médiation pour quelles raisons les frais d'anesthésie des traitements dentaires des enfants en bas âge ne sont pas pris en charge par la caisse-maladie. En général, nous répondons qu'il s'agit d'une prestation non obligatoire. Dans le cas suivant, il n'est toutefois pas question d'un enfant en bas âge mais d'une femme souffrant d'un lourd handicap mental.

Cas 4

L'assurée, représentée par son père, souffre d'un lourd handicap mental et avait besoin, durant l'année sous revue, d'un traitement dentaire (extraction de toutes les dents de sagesse). Étant donné qu'un tel traitement ne pouvait être réalisé sans anesthésie générale, le dentiste traitant a demandé à la caisse-maladie une garantie de participation aux coûts d'une anesthésie générale pendant l'intervention dentaire. L'assureur-maladie a refusé la demande, dès lors qu'un traitement dentaire – sauf exceptions prévues dans la LAMal – ne présente pas le caractère d'une prestation obligatoire. En outre, la caisse a attiré l'attention du dentiste sur le principe du complexe thérapeutique prévu par la loi sur l'assurance-maladie, en vertu duquel seuls les coûts des actes préparatoires indispensables à une prestation obligatoire sont pris en charge. Si le traitement principal constitue une prestation non obligatoire, alors aucun frais n'est pris en charge.

Nous sommes intervenus auprès de l'assureur-maladie dans le sens du dentiste:

" En cas d'handicap mental, une anesthésie constitue une prestation obligatoire pour un traitement dentaire diagnostique ou thérapeutique. A l'inverse des patients en bonne santé, pour lesquels l'anesthésie se rapporte au traitement dentaire et ne présente donc pas un caractère obligatoire, lorsqu'un patient souffre d'un handicap, il s'agit d'une complication médicale, conformément à l'art. 3 al. 1 de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), provoquée par un état ayant lui-même valeur de maladie. Partant, l'anesthésie constitue une prestation obligatoire selon l'art. 25 LAMal. Toute complication médicale d'une prestation non obligatoire doit être traitée ".

« En raison d'un manque de compréhension du contexte dans lequel évoluent les patients souffrant d'un handicap, toujours discriminés, au fil des décennies, l'adoption du ch. 2.3 de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS), annexe 1, a définitivement réglé la situation. » Le ch. 2.3 prévoit: " Anesthésie générale pour effectuer une intervention diagnostique ou thérapeutique (intervention dentaire comprise), si l'intervention diagnostique ou thérapeutique doit être effectuée sous anesthésie en raison d'un handicap physique ou mental grave ".

L'assureur-maladie maintenait son argumentation, dans le sens d'un refus de prise en charge. Peut-être veut-il provoquer une décision d'un tribunal. Comme il n'y avait plus rien à faire sur le plan de la médiation, nous ne pouvions plus que recommander au père de l'assurée d'agir par la voie judiciaire (décision sujette à opposition).

6 Pratique des assurances complémentaires selon la LCA

6.1 Conclusion d'assurances complémentaires

Les problèmes causés aux assurés par des courtiers peu sérieux sont un sujet récurrent au sein de l'office de médiation depuis de nombreuses années. Le progrès numérique ajoute une dimension supplémentaire au potentiel conflictuel existant, comme le montre expressément le cas 5.

Cas 5

Un assuré a reçu une police d'assurance d'un assureur avec lequel, selon ses dires, il n'avait conclu aucun contrat d'assurance. S'il admettait avoir entamé des négociations avec un collaborateur de cette caisse-maladie, il contestait néanmoins s'être mis d'accord avec celui-ci. Il s'était finalement tourné vers un autre assureur-maladie. Entre-temps, l'assurance obligatoire des soins avait été annulée, mais la caisse-maladie s'obstinait à soutenir que les assurances complémentaires avaient été valablement conclues. L'assuré le contestait.

Nos recherches ont révélé que l'assureur-maladie avait reçu une demande soumise par le biais du portail en ligne. Sur la demande figurait le nom complet de l'assuré mais l'adresse e-mail ne concordait pas avec la sienne. Selon Zefix.ch, il s'agissait de l'adresse d'une Sàrl, dont le but sociétal était le conseil, le courtage et la gestion dans le domaine des assurances. Quant au prétendu collaborateur de la caisse-maladie, il s'agissait d'un courtier de cette Sàrl. Comme cette société ne figurait pas dans le registre des intermédiaires de la FINMA, l'office de médiation a invoqué l'art. 43 al. 1 LSA, a contrario, à l'encontre de l'assureur et traité le courtier comme un intermédiaire lié à l'assureur-maladie. En même temps, l'office de médiation faisait valoir que la supposition de l'assuré, d'après laquelle l'intermédiaire avait rempli un formulaire en ligne pour lui sans son consentement, ne pouvait d'emblée être réfutée dans la mesure où il n'existait aucun formulaire signé par lui-même. Par ailleurs, nous avons argumenté que la seule inscription dans un portail en ligne ne suffisait pas pour conclure une police d'assurance, en l'absence de confirmation ultérieure par une signature du demandeur, au risque de mener à des abus. Pour cette raison, les assurances complémentaires devaient être annulées.

L'assureur n'a pas souscrit à cette argumentation mais il a accepté la demande et a annulé les assurances complémentaires sans autre commentaire.

Cas 6

L'assuré reprochait au courtier de lui avoir donné de faux conseils, de sorte qu'il refusait de reconnaître la conclusion des assurances complémentaires selon la LCA. Il sollicita notre aide.

Nous avons d'abord examiné si l'assuré était lié par la proposition d'assurance au moment de l'acceptation par l'assureur, conformément à l'art. 1 al. 1 LCA. Tel

serait le cas si l'assuré avait reçu la confirmation d'assurance par l'assureur-maladie dans un délai de 14 jours dès la signature de la proposition d'assurance à l'attention du courtier lié. En présence d'un courtier non lié, le délai commencerait à courir seulement dès la réception de la proposition par l'assureur.

Nos investigations ont révélé quelques contradictions. D'abord, le point de savoir si le courtier agissait en tant qu'intermédiaire lié ou non n'était pas clair. Conformément aux formulaires soumis au demandeur pour signature, la Sàrl – pour laquelle exerçait le courtier – figurait sur la plateforme d'intermédiaires de la FINMA comme intermédiaire lié à l'assureur-maladie en cause. Par conséquent, nous avons calculé le délai de 14 jours à partir de la remise de la proposition au courtier. L'assureur-maladie n'était toutefois pas d'accord avec ce procédé. Il nous communiqua qu'il n'avait conclu aucun contrat avec cette société en tant qu'intermédiaire lié. Le courtier opérait, selon les propres informations du « fichier des personnes morales », en tant qu'intermédiaire non lié. Par ailleurs, selon l'assureur, de tels courtiers travailleraient comme sous-intermédiaires pour les structures d'intermédiaires. C'était précisément le cas en l'espèce.

Par conséquent, le délai de 14 jours avait commencé à courir dès le moment où le courtier a remis la proposition à l'assureur. Aussi le tampon de réception de la caisse sur le formulaire de demande était-il déterminant. Sur la base de celui-ci, l'assureur-maladie avait respecté le délai de 14 jours. La caisse considérait donc que le contrat d'assurance était valable.

Nous avons renoncé à intervenir davantage. Cependant, nous nous sommes demandés si cette pratique n'était pas contraire à la loi (art. 1 al. 1 LCA). Nous espérons que l'activité des sous-intermédiaires travaillant pour lesdites structures d'intermédiaires ne va pas se répandre. En effet, cela ne contribue pas à la sécurité du droit, dès lors que dans ce genre de situations, un tribunal n'est presque jamais amené à trancher cette question juridique. Une action devant le tribunal civil représente un obstacle trop élevé pour les assurés.

6.2 Assurance d'indemnités journalières selon la LCA

Le cas suivant a soulevé une question juridique intéressante en relation avec le passage d'une assurée au chômage de l'assurance collective à l'assurance individuelle d'indemnités journalières.

Cas 7

L'assurée travaillait au service de X. SA jusqu'à son licenciement au 31 décembre 2017. L'employeuse avait contracté pour ses collaborateurs auprès d'un assureur-maladie une assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie selon la LCA. Conformément aux déclarations de l'assurée, l'employeuse ne l'avait pas informée de la possibilité d'un passage à une assurance individuelle, ce dont elle avait eu connaissance par des tiers. C'est pourquoi elle avait directement requis l'assureur de lui soumettre une offre de passage dans l'assurance individuelle. Celui-ci lui a proposé une indemnité journalière assurée de CHF 220.00 pour un maximum de 730 jours avec un délai de carence de 30 jours, le

tout pour une prime mensuelle de CHF 800.00. Comme la prime était trop élevée pour elle, l'assurée a cherché à obtenir un produit avec de moins bonnes prestations (délai de carence plus long et/ou indemnités journalières moins élevées). Partant du principe qu'il n'était plus question d'un transfert de l'assurance d'indemnités journalières collective à l'individuelle mais de la conclusion d'un nouveau contrat, l'assureur-maladie a soumis la conclusion de l'assurance d'indemnités journalières avec des moins bonnes prestations à un examen des risques. Ne souhaitant pas la conclusion d'un nouveau contrat mais le passage à l'assurance individuelle avec des prestations assurées moins bonnes que celles valant jusque-là dans le contrat collectif, l'assurée s'est adressée à l'office de médiation.

Selon nos recherches, l'assurée percevait des indemnités de chômage depuis janvier 2018. Elle était ainsi sans emploi au sens de l'art. 10 LACI. Aux termes de l'art. 100 al. 2 LCA, pour les assurés qui sont réputés chômeurs en vertu de l'art. 10 LACI, l'art. 71 al. 1 LAMal, entre autres dispositions, est applicable par analogie. La seconde phrase de cette disposition réglant le passage de l'assurance collective à l'assurance individuelle prévoit : « Si, dans l'assurance individuelle, l'assuré ne s'assure pas pour des prestations plus élevées, de nouvelles réserves ne peuvent être instituées; l'âge d'entrée déterminant dans le contrat collectif est maintenu ». Nous avons fait valoir à l'encontre de l'assureur qu'il fallait comprendre par cette norme, qui s'applique aux chômeurs, que l'assurance pour de moins bonnes prestations dans un contrat individuel ne devait pas être traitée différemment du maintien des prestations assurées jusque-là dans l'assurance collective. Dans la mesure où l'art. 71 al. 1 LAMal (en relation avec l'art. 100 al. 2 LCA) ne permet pas de formuler des nouvelles réserves pour des raisons de santé, ni de prendre en compte l'âge actuel, on peut partir du principe que dans tous les cas où il n'est pas question d'une assurance plus étendue, un risque éventuel survenu entre la prise d'assurance collective et le passage dans l'assurance individuelle ne doit pas être pris en considération. Cela signifie que, dans le cas d'une personne sans emploi, la conclusion d'une assurance pour des moins bonnes prestations, respectivement pour des prestations moins élevées, doit être traitée comme le maintien, après le passage de l'assurance collective à l'assurance individuelle, des prestations assurées jusque-là. Par conséquent, ladite souscription d'assurance ne doit être considérée comme la conclusion d'un nouveau contrat.

L'assureur-maladie a suivi notre argumentation et a garanti à l'assurée une assurance pour des moins bonnes prestations, respectivement pour des prestations moins élevées, sans exiger un examen de santé et en conservant l'âge d'entrée déterminant dans le contrat collectif.

7 Cas impliquant les deux domaines du droit

Des conflits entre les assurés et leurs assureurs-maladie surviennent régulièrement dans les procédures de recouvrement, dès lors que les assurés ne sont, de notre avis, pas suffisamment avisés des conséquences auxquelles ils s'exposent en cas de non paiement des primes.

Cas 8

Le preneur d'assurance, chef de famille d'un ménage de quatre personnes, a reçu le 13 décembre 2017 de la part de son assureur-maladie une sommation, en raison de primes impayées, de la teneur suivante:

Monsieur X,

Votre facture de primes n° 00001 à hauteur de CHF 641.00, exigible au 30 novembre 2017, demeure à ce jour impayée.

Montant des primes en CHF	<i>Primes</i>	<i>LAMal</i>	<i>LCA</i>	<i>Total</i>
12345 Monsieur X	<i>Mois de décembre 2017</i>	175.00	50.00	225.00
12346 Madame X	<i>Mois de décembre 2017</i>	232.00	45.00	277.00
12347 Fils Y	<i>Mois de décembre 2017</i>	6.50	63.00	69.50
12348 Fille Z	<i>Mois de décembre 2017</i>	6.50	63.00	69.50
Total en CHF				641.00
<i>Frais de rappel</i>				10.00

Montant à verser jusqu'au 28.12.2017

CHF 651.00

Vous trouverez au dos de ce document les dispositions légales et les articles des conditions générales d'assurance applicables en cas de défaut de paiement.

Si la facture a été payée dans l'intervalle, veuillez ne pas tenir compte de notre courrier.

Nous nous tenons à dispositions en cas de questions.

Cordiales salutations

Au verso de cette sommation, les dispositions légales suivantes ont été citées textuellement, sans commentaire : art. 90 OAMal, art. 105a OAMal, art. 105b al. 2 OAMal, Art. 105m al. 2 OAMal, art. 64 al. 2 OAMal, art. 20 al. 1 et 3 LCA, art. 21 al. 1 LCA ainsi que diverses clauses des conditions générales et spéciales d'assurance relatives à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal et aux assurances complémentaires selon la LCA.

Un bulletin versement était joint à la sommation, lequel était déjà rempli (notamment du montant réclamé de CHF 651.00).

Le preneur d'assurance n'a pas effectué le paiement, de sorte que l'assureur-maladie lui a adressé une nouvelle demande de paiement avec un nouveau délai. La première page de ce document comportait, comme pour la sommation, la référence aux dispositions légales et conditions générales d'assurance applicables figurant au verso. Par la suite, plus rien ne s'est produit, ni du côté de l'assureur-maladie, ni de celui du preneur d'assurance. Trois mois plus tard, ce dernier a reçu un commandement de payer, lequel portait aussi bien sur les arriérés relatifs à l'assurance obligatoire des soins que sur les arriérés liés aux assurances complémentaires, y compris les frais de rappel et de poursuite ainsi que les intérêts. Le preneur d'assurance a formé opposition audit commandement de payer. Pour les primes des mois suivants, la même procédure de recouvrement s'est reproduite à chaque fois. Le preneur d'assurance souhaitait résilier toutes les assurances complémentaires pour des raisons financières.

L'office de médiation a contesté la sommation – comme la demande de paiement subséquente – auprès de l'assureur-maladie sur trois points:

1er point:

Nous avons attiré l'attention de l'assureur sur la deuxième phrase de l'art. 105b al. 1 OAMal, lequel règle la procédure de sommation dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal. D'après celui-ci, la sommation (relative au non-paiement des primes LAMal) **doit** être adressée séparément de toute sommation portant sur d'autres retards de paiement éventuels.

Dans le cas d'espèce, la procédure de sommation pour les primes LAMal et LCA dues n'est pas intervenue séparément, ni par le biais de deux bulletins de versement distincts. Nous avons rendu l'assureur attentif à cet aspect. Ce dernier faisait valoir qu'il suffisait que les primes LAMal et LCA dues soient clairement présentées séparément.

Même si l'on acceptait de suivre l'argument de l'assureur, il n'en reste pas moins qu'il n'est pas admissible selon nous de joindre à la sommation un seul bulletin de versement, déjà rempli avec le montant total réclamé. Un tel procédé empêche le débiteur, qui se trouve temporairement dans une situation financière délicate, de choisir quelle dette il souhaite payer en premier lorsqu'il n'est pas en mesure de s'acquitter du montant total en une seule fois. Cela représente pour lui un sérieux désavantage. Il se peut par exemple qu'il souhaite d'abord rembourser les primes de l'assurance obligatoire des soins en raison d'une maladie chronique existante, afin de ne pas être inscrit sur la liste des assurés en retard de paiement (liste noire des mauvais payeurs) du canton de résidence, dans le cas où il vit dans un canton qui tient une telle liste. Il est également possible qu'il veuille d'abord payer les primes des assurances complémentaires selon la LCA afin, par exemple, de ne pas perdre les assurances dentaires de ses enfants (y compris la couverture des traitements orthodontiques).

Il n'est pas uniquement question de l'impossibilité de choisir pour le débiteur, mais également de la procédure subséquente de recouvrement, laquelle devrait dans

tous les cas être menée de façon séparée, dès lors que les primes LAMal sont soumises au droit public et les primes LCA au droit privé. Une différence considérable découle du fait qu'en matière de recouvrement des primes LAMal, l'opposition du débiteur peut être levée par l'assureur au moyen d'une décision. Le débiteur peut attaquer cette décision dans un délai de 30 jours par voie d'opposition. Si les griefs du débiteur ne convainquent pas l'assureur, celui-ci doit rendre une décision sur opposition, contre laquelle le débiteur peut former recours, à nouveau dans un délai de 30 jours, auprès du tribunal cantonal compétent, s'il veut éviter que la décision entre en force et que la procédure de recouvrement se poursuive.

En matière d'assurances complémentaires selon la LCA, l'assureur ne peut pas prononcer la mainlevée de l'opposition par le biais d'une décision mais il doit saisir le tribunal compétent d'une demande formelle de mainlevée de l'opposition.

Vu ce qui précède, il existe de bonnes raisons, dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins, d'adresser la sommation en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts séparément de toute sommation portant sur d'autres retards de paiement éventuels, comme le prévoit, à juste titre, l'art. 105b al. 1 OAMal.

2ème point:

La sommation reproduite plus haut n'est pas seulement critiquable sous l'angle de l'art. 105b al. 1 OAMal, mais également au regard des dispositions légales et des conditions générales d'assurance applicables, figurant au dos du document (et de la demande de paiement subséquente). La médiatrice a, déjà à plusieurs reprises, attiré l'attention de l'assureur sur le fait qu'une simple liste de normes ne suffisait pas à satisfaire les exigences de la jurisprudence fédérale. En tant qu'ils sont profanes sur le plan juridique, les assurés sont complètement dépassés par un tel procédé.

Sous le titre " Montant dû selon la LAMal ", l'assureur a notamment indiqué, sous les dispositions mentionnées, à partir de quel moment la prime est exigible, que l'assuré peut être mis en poursuite, que le créancier a droit à des intérêts moratoires de 5 % et aux frais administratifs et que le canton peut exiger de l'assureur-maladie qu'il signale à l'autorité cantonale compétente les débiteurs mis en poursuite. Au milieu de ces dispositions est encore reproduite une norme concernant les assurés domiciliés dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège. Il y est entre autres mentionné qu'en cas de non-paiement des primes et participations aux coûts, l'assureur-maladie a un droit propre à la suspension des prestations, ce qui n'est toutefois plus valable en Suisse depuis le 1er janvier 2012.

A aucun endroit, il n'est fait mention du fait qu'un changement de caisse n'est plus possible en présence de créances ayant fait l'objet d'une sommation, si les montants en souffrance ne sont pas payés avant l'expiration du délai de préavis. L'assuré n'est pas non plus informé que s'il vit dans un canton qui tient une liste des mauvais payeurs (actuellement, il s'agit des cantons AG, LU, SH, SG, TI, TG et ZG) et qu'il ne satisfait pas à son obligation de paiement, il peut être inscrit par

le canton sur dette liste, avec pour conséquence qu'il ne peut bénéficier que de prestations en cas d'urgence médicale. Cela peut poser de sérieux problèmes dans le cas particulier où l'assureur est d'avis que la situation ne présente aucune urgence. Dans le canton de Saint-Gall, par exemple, une femme en fin de grossesse, qui figurait sur la liste des mauvais payeurs, n'a pas bénéficié d'une garantie de prise en charge pour son accouchement à son arrivée à l'hôpital, parce que, selon l'assureur-maladie, il était question dans le cas particulier d'un traitement stationnaire planifié et non, par conséquent, d'une situation d'urgence. Le tribunal cantonal saisi a considéré que la notion d'urgence médicale défendue par l'assureur était trop restrictive. Il se justifiait bien plus de reconnaître l'existence d'un traitement relevant de la médecine d'urgence au sens de l'art. 64a al. 7 LAMal, dans les cas où le personnel médical a un devoir d'assistance. L'hospitalisation en vue de l'accouchement était indispensable au moment de l'arrivée à l'hôpital et ne pouvait être différée, de sorte que le tribunal a admis l'urgence médicale dans le cas concret (cf. décision du Tribunal des assurances du canton de Saint-Gall du 26 avril 2018, KSCHG 2017/5).

Sous le titre " Montant dû selon la LCA ", l'assureur a reproduit partiellement les articles 20 et 21 LCA. Néanmoins, il peut être difficile pour un profane d'être au clair sur les conséquences auxquelles il s'expose en cas de défaut de paiement. A ses yeux, il n'est certainement pas évident que la suspension de l'obligation de l'assureur de verser des prestations, dès l'expiration du délai légal de 14 jours, évoquée à l'art. 20 al. 3 LCA, revient à perdre la couverture d'assurance, et que la couverture d'assurance ne peut pas renaître rétroactivement aussitôt qu'il a réglé ses dettes. Tel est uniquement le cas dans l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, pour autant que le droit à des prestations ne soit pas périmé. En règle générale, l'assuré ne sait pas non plus que les maladies diagnostiquées pour la première fois pendant la suspension de l'obligation de l'assureur ne seront plus couvertes à l'avenir par son assurance complémentaire selon la LCA. En outre, il ne lui sera pas possible de conclure un nouveau contrat d'assurance auprès d'une autre caisse-maladie pour cette nouvelle maladie diagnostiquée, dans la mesure où des troubles préexistants ne sont plus assurables (art. 9 LCA).

Du point de vue de l'assuré, qui ne connaît généralement pas la jurisprudence déterminante, il ne ressort pas non plus de l'art. 21 al. 1 LCA que l'assureur peut se réserver le droit de résilier le contrat à l'expiration du délai légal de 14 jours prévu à l'art. 20 al. 1 LCA, en renonçant aux primes ayant fait l'objet de la sommation.

Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, compte tenu des conséquences graves sur le plan économique, la sommation selon l'art. 20 al. 1 LCA doit satisfaire à des exigences strictes en matière de forme et de contenu, afin de garantir les intérêts des débiteurs de manière appropriée (ATF 128 III 189 consid. 2d). **La sommation écrite** doit citer les montants dont il est exigé le paiement, ainsi que le délai de paiement de 14 jours (arrêt 5C.97/2005 du 15 septembre 2005 consid. 4.3). Avant tout, **doit-elle indiquer expressément les conséquences d'un défaut de paiement** dans le délai de 14 jours, de manière à ce que le débiteur en ait pleinement conscience. **La menace des conséquences d'un défaut de paiement doit être explicite, claire et complète. Un simple renvoi aux dispositions légales des art. 20 et 21 LCA ne suffit pas.** A cet égard, la lettre de sommation doit mentionner toutes les conséquences d'un défaut

de paiement, à savoir non seulement la suspension de l'obligation de l'assureur selon l'art. 20 al. 3 LCA, mais aussi le droit de l'assureur de résilier le contrat, respectivement la présomption selon laquelle il s'en est départi conformément à l'art. 21 al. 1 LCA (ATF 128 III 186 consid. 2 ; confirmé en dernier lieu à l'ATF 138 III 2).

En réponse à la critique émise par l'office de médiation, selon laquelle, d'un point de vue formel, la sommation ou la demande de paiement subséquente n'ont pas renseigné l'assuré de manière explicite, claire et complète sur les conséquences d'un défaut de paiement selon les art. 20 et 21 LCA, l'assureur a déclaré qu'il s'était acquitté de son devoir de fournir des renseignements non seulement en ayant fait référence aux dispositions mais également en les ayant reproduites littéralement au dos de la sommation et de la demande de paiement.

3^{ème} point :

Pour finir, l'office de médiation a confronté l'assureur-maladie avec le fait qu'il avait mis en poursuite le preneur d'assurance pour les primes arriérées plus de deux mois après l'écoulement du délai de sommation de 14 jours. Dans un tel cas de figure, le législateur part du principe que l'assureur-maladie s'est départi du contrat en renonçant aux primes ayant fait l'objet de la sommation (dite présomption de résiliation selon l'art. 21 al. 1 LCA). Cette disposition n'a pas empêché l'assureur-maladie de réclamer le paiement des primes ultérieures et d'engager des poursuites, même s'il n'existait plus de contrat d'assurance selon la LCA.

Grâce à notre intervention, l'assureur-maladie a résilié immédiatement les contrats d'assurances complémentaires en cause avec effet rétroactif.

CONCLUSION :

La condition d'une menace explicite, claire et complète des conséquences d'un défaut de paiement pourrait par exemple être remplie avec la formule suivante :

Dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal :

1. Les assurés qui ont reçu une sommation par écrit avant le 30 novembre ne peuvent pas changer de caisse-maladie s'ils ne paient pas l'ensemble de leurs dettes (y compris les actes de défaut de biens) avant l'expiration du délai de préavis.
2. Les assurés qui habitent dans les cantons qui tiennent une liste des mauvais payeurs, risquent d'être inscrits sur cette liste s'ils ne s'acquittent pas de leur devoir de paiement malgré la sommation écrite. Cela a pour conséquence que l'assureur-maladie ne prendra en charge que les traitements d'urgence.
3. Les assurés doivent prendre en charge les frais de rappel et de poursuite qui n'auraient pas été engagés si le paiement était intervenu dans les temps, pour autant qu'une telle règle soit incluse dans les conditions générales d'assurance.

Dans le domaine des assurances complémentaires selon la LCA :

- Les assurés qui, malgré une sommation écrite, ne s'acquittent pas de leur obligation de paiement pendant le délai supplémentaire de 14 jours ne bénéficient plus d'aucune couverture d'assurance après l'expiration de ce délai.
- L'assureur-maladie peut réclamer les primes par la voie légale dans les deux mois qui suivent l'expiration du délai.
- En cas de paiement, la couverture d'assurance renaît mais seulement avec effet au moment du paiement. Cela signifie que l'assuré ne bénéficie plus des prestations de l'assurance complémentaire selon la LCA pour tous les traitements des troubles existant avant la procédure de sommation, reçus entre l'expiration du délai de sommation de 14 jours et le moment du paiement (dite lacune de couverture). En outre, pour l'avenir il n'aura plus droit à des prestations pour les maladies nouvellement diagnostiquées dans cet intervalle (dite exclusion de couverture).
- Si aucun paiement n'intervient dans les deux mois suivant le délai de sommation de 14 jours et si l'assureur n'engage aucune poursuite ni ne procède à la résiliation du contrat, le législateur part du principe qu'à la fin des deux mois, l'assureur s'est départi du contrat en renonçant au paiement des primes arriérées (dite présomption de résiliation).
- Les assurés doivent s'acquitter des frais de rappel et de poursuite qui n'auraient pas été engagés si le paiement était intervenu dans les temps, à condition que le contrat d'assurance soit maintenu.

8 Pratique en présence de situations transfrontalières

Notre office de médiation est de plus en plus confronté à des cas qui se révèlent très délicats car le sujet est complexe et personne d'autre ne s'estime compétent en matière de coordination entre les différents interlocuteurs. La problématique est abordée ci-dessous dans le contexte du droit à la réduction individuelle des primes des travailleurs frontaliers se rendant en Suisse et des rentiers qui sont domiciliés dans un Etat membre de l'Union européenne, en Island ou en Norvège.

8.1 Droit à une réduction individuelle des primes

Cas 9

L'assurée habite en France et est assurée obligatoirement en Suisse contre le risque de maladie. Elle était initialement membre de la famille sans activité lucrative d'un suisse, au bénéfice d'une rente AI. Le couple marié bénéficiait d'une réduction des primes de l'institution commune LAMal à Soleure. Comme l'assurée n'avait pas annoncé à l'institution commune l'exercice d'une activité lucrative mineure dans le canton X. (environ 10 % -15 % d'un temps plein), cette dernière, dès qu'elle en eut connaissance, exigea de l'assureur-maladie la restitution des subsides pour un montant d'environ CHF 12'000. L'institution commune LAMal fait notamment valoir que dès la prise d'emploi le canton X aurait été compétent pour la réduction individuelle des primes. L'assureur réclama à son tour le montant à l'assurée qui ne sait maintenant pas comment rembourser une telle somme. Le canton a toutefois indiqué à l'assurée qu'il ne versait pas de subsides rétroactivement.

Il ressort de notre analyse les éléments suivants :

Sur la base de l'art. 65a let. a LAMal, les cantons accordent une réduction des primes aux assurés frontaliers de condition économique modeste qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Island ou en Norvège et aux membres de leur famille. Sont également titulaires de ce droit les assurés, et les membres de leur famille, de condition économique modeste, qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Island ou en Norvège et qui sont au bénéfice d'une rente suisse (cf. art. 66a LAMal). Pour ceux-ci, la Confédération est compétente. Cette dernière a délégué la tâche à l'institution commune LAMal, conformément à l'art. 18 al. 2 quinquies LAMal. L'art. 106a al. 2 OAMal ordonne aux cantons de ne pas prendre en compte le revenu et la fortune nette des membres de la famille qui sont soumis à la procédure prévue par l'art. 66a LAMal lors de l'examen de la situation économique modeste des assurés résidant dans un Etat membre de l'Union européenne, en Island ou en Norvège. Les dispositions de l'ordonnance concernant la réduction des primes dans l'assurance-maladie en faveur des rentiers qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Island ou en Norvège (ORPMCE) sont applicables à la procédure fédérale.

Conformément à l'art. 10 al. 2 ORPMCE, les rentiers sont tenus d'informer sans délai l'institution commune de toute modification concernant leur situation familiale, de tout changement de pays de résidence et de toute modification durable de leur situation financière.

Comme la créance en restitution réclamée par l'assureur-maladie représentait une charge trop lourde pour l'assurée, laquelle dispose d'un droit en soi incontesté et ininterrompu à la réduction des primes, dont seule la quotité varie, l'office de médiation s'est investi pour qu'elle puisse obtenir la remise du montant. D'ailleurs, la question de la *modification durable de la situation financière* selon l'art. 10 al. 2 ORPMCE n'était pas claire dans le cas concret. En effet, l'assurée exerçait une activité irrégulière (à savoir sur appel et seulement pour quelques heures). En moyenne, elle percevait un salaire d'environ CHF 500 par mois.

Après que le canton compétent X. a expliqué qu'il n'accordait pas de réduction des primes rétroactivement sur la base du droit cantonal applicable et que la demande de remise de l'obligation de restituer a été rejetée par l'institution commune LAMal, l'office de médiation a demandé une prise de position à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), en sa qualité d'autorité de surveillance.

L'Office fédéral nous indiqua que l'exercice d'une activité lucrative, indépendamment du caractère minime de l'activité, constitue dans tous les cas une modification durable de la situation financière, de sorte qu'il doit toujours être annoncé. La décision de l'institution commune rejetant la demande de remise de l'obligation de restituer était correcte. L'ordonnance applicable pour la procédure fédérale (ORPMCE) ne contenait pas de dispositions sur la remise.

Même si l'assurée remplissait les conditions du droit à une réduction individuelle des primes malgré son activité mineure, la prétention lui a été niée parce qu'elle avait déposé sa demande en temps utile auprès de la mauvaise autorité, mais de façon tardive auprès de l'autorité compétente (sic!).

L'office de médiation a attiré l'attention de toutes les instances concernées sur les circonstances du cas d'espèce mais sans succès. Bien que les écritures respectives de l'office de médiation mentionnent expressément les composantes juridiques et sociopolitiques de la réduction des primes, il n'a pas été dit un mot sur le fait que la LAMal prévoit expressément la réduction des primes et que l'assurée avait rempli sans aucun doute et incontestablement les conditions relatives au revenu et à la fortune. Nous ne pouvions plus que demander à l'assureur un paiement échelonné pour l'assurée.

8.2 Droit d'option

Cas 10

L'assurée a quitté la Suisse à la fin du mois de septembre 2017 et était depuis domiciliée en France. Elle a indiqué à l'office de médiation qu'elle bénéficiait non seulement d'une rente AVS suisse mais aussi " d'allocations aux adultes handicapés " de son Etat de résidence, soit la France. Bien qu'elle était assurée en France contre le risque de maladie depuis mi-novembre 2017, la caisse-maladie suisse refusait de résilier sa police d'assurance. L'assurée s'oppose au maintien de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal et a requis l'aide de l'office de médiation.

Nos recherches ont montré que l'autorité fédérale compétente avait communiqué à l'assurée que, conformément à l'art. 23 du règlement 883/2004, elle n'était plus soumise à l'obligation d'assurance en Suisse. L'autorité en a déduit, de manière erronée, que les " allocations aux adultes handicapés " allouées à l'assurée en France étaient une sorte de rente qui justifiait, avec le domicile français, une obligation d'assurance en France. En fait, ces allocations constituaient des prestations spéciales en espèces à caractère non contributif, selon l'annexe X du règlement 883/2004. Conformément à l'art. 70 al. 3 du règlement n° 883/2004, tous les chapitres du titre III ne s'appliquent pas aux prestations visées à l'annexe X. Par conséquent, l'art. 23 du règlement 883/2004 n'est pas applicable au cas d'espèce, raison pour laquelle l'intéressée est encore assurée en Suisse. A notre demande, l'autorité fédérale a corrigé sa décision et s'est assurée que l'assurée puisse alors exercer son droit d'option avec effet rétroactif.

Par la suite, l'assurée a opté pour le système d'assurance-maladie français, en vertu duquel elle est assurée depuis le 1er octobre 2017. Grâce à notre intervention, la caisse-maladie suisse a résilié le contrat d'assurance rétroactivement au 30 septembre 2017.

Lucerne, le 16 avril 2019

Morena Hostettler Socha, médiatrice

FONDATION OFFICE DE MÉDIATION DE L'ASSURANCE-MALADIE

Conseil de fondation (état au 31.12.2018):

MOSER Markus	Président , docteur en droit ; 3172 Niederwangen
BRÄNDLI Christoffel	Vice-président , mag. oec. HSG, anc. conseiller aux États ; 7302 Landquart
CHIESA TANNER Gabriella	Secrétaire générale de la CSS ; 8806 Bäch SZ
D'ANDREA JÄGER Mariantonia	Docteur méd. psychiatrie et psychothérapie ; 3007 Bern
DITTLI Nikolai	CEO de la CONCORDIA ; 6020 Emmenbrücke
MONIGATTI Fabiola	Lic. en droit, LL.M. ; 7742 Poschiavo
STEIERT Jean-François	Lic. phil. I, Conseil d'État; 1700 Fribourg

Bureau de l'Office de médiation (état au 31.12.2018):

HOSTETTLER SOCHA Morena	Médiatrice , lic. en droit, avocate
SCHMUTZ Thomas	Substitute de la médiatrice , Fürsprecher (avocat bernois)
BRECHBÜHL Eliane	Expert dipl. en assurance-maladie
BUCHER Silvia	PD et docteur en droit , avocate
GOTTRAUX Isabelle	Lic. en droit, juriste
LORÉTAN Charles	Expert dipl. en assurance-maladie
SCHMID Jasmin	MLaw, juriste
TRONTO Lorena	MLaw, juriste
WÖRSCHING-Würmli Barbara	MLaw, juriste

Contact

Par écrit:

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

Website:	https://www.om-kv.ch/fr (avec formulaire de contact)
-----------------	---

De vive voix:

Permanence téléphonique du lundi au vendredi, entre 09.00 et 11.30 heures:

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