

Office de médiation

de l'assurance-maladie

Rapport annuel '19

Avant-propos de la médiatrice



La médiatrice avec son équipe

Estimées lectrices et assurées, estimés lecteurs et assurés,

Vous trouverez dans le présent rapport annuel diverses informations relatives à notre activité, sous la forme de statistiques. Au chapitre 4 seront exposées les conditions qui doivent être remplies pour que nous puissions intervenir. A partir du chapitre 5, nous vous présenterons, comme chaque année, une sélection des cas qui nous ont occupés durant l'année 2019. 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 l'obligation d'assurance et le changement d'assureur dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins, la prestation obligatoire en cas de lésion dentaire, l'assurance d'indemnités journalières selon la LAMal, la réduction individuelle des primes, les problèmes en lien avec la procédure de recouvrement dans le domaine des assurances complémentaires et des assurances d'indemnités journalières, les modifications de contrat demandées par la personne assurée et leurs conséquences, ainsi que des cas présentant des éléments transfrontaliers.

J'espère vivement que le rapport 2019 trouvera votre intérêt.

Enfin, j'aimerais remercier les assureurs-maladie pour leur bonne collaboration et «last but not least» mon équipe, qui fait preuve d'une grande motivation, pour son engagement.

Votre médiatrice

Morena Hostettler Socha

A handwritten signature in black ink that reads "M. Hostettler Socha". The signature is written in a cursive, flowing style.

Lucerne, 9 avril 2020

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 Personnes tenues de s'assurer**
 - 5.2 Changement de caisse-maladie**
 - 5.3 Prestation obligatoire en cas de lésion dentaire**
 - 5.4 Assurance d'indemnités journalières selon la LAMal**
 - 5.5 Réduction individuelle des primes**
- 6 Pratique des assurances complémentaires selon la LCA**
 - 6.1 Procédure de recouvrement selon les art. 20 et 21 LCA**
 - 6.2 Conséquences de la procédure de sommation dans le domaine de l'indemnité journalière**
 - 6.3 Demande de modification du contrat par la personne assurée**
- 7 Pratique en présence de situations transfrontalières**

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

1 Office

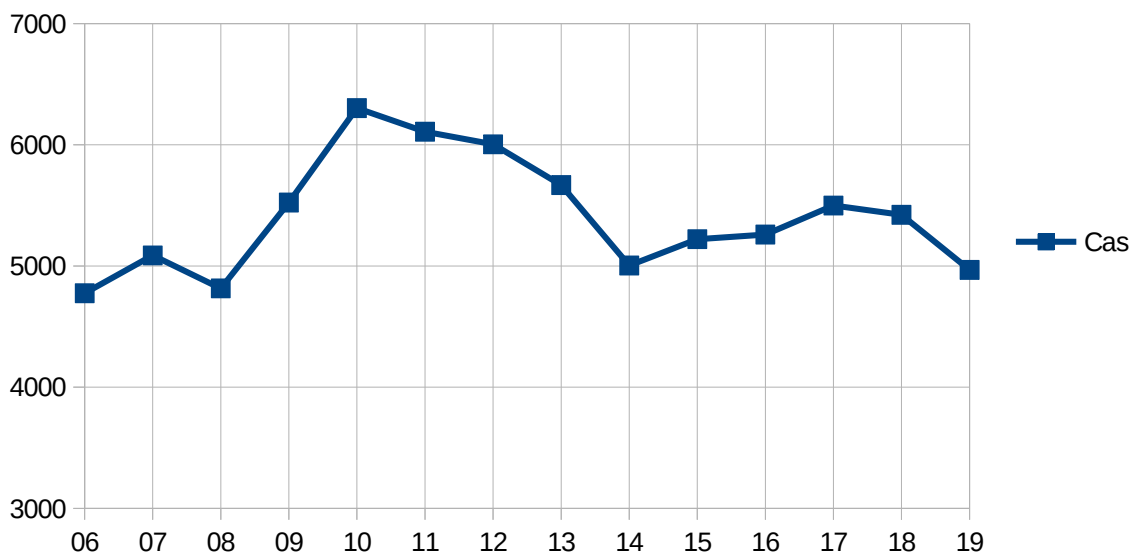
Les services de l'Office de médiation à Lucerne furent délivrés durant l'année 2019 sous revue par la médiatrice (lic. iur. Morena Hostettler Socha, avocate), son substitute (Fürsprecher Thomas Schmutz, avocat bernois), par sept collaboratrices-juristes (Isabelle Gottraux, Barbara Wörsching-Würmli, Jasmin Schmid [jusqu'au 31 mai 2019], Lorena Tronto, Silvia Bucher, Susanne Müller Ineichen [à partir du 1^{er} février 2019] et Caroline Maetzler [à partir du 1^{er} juillet 2019]) ainsi que par deux spécialistes en prestations (Charles Lorétan et Eliane Brechbühl). Au 31 décembre 2019, le taux d'occupation du personnel s'élevait à 740% postes (à partir du 1^{er} janvier 2019 à 640%).

2 Conseil de fondation

C'est le 16 avril 2019 que le Conseil de fondation tint sa séance d'examen des comptes annuel 2018 et d'approbation du rapport annuel 2018. Le 19 novembre 2019 il se réunit une nouvelle fois pour l'examen du budget 2020 et discuter l'exercice en cours de l'Office de médiation.

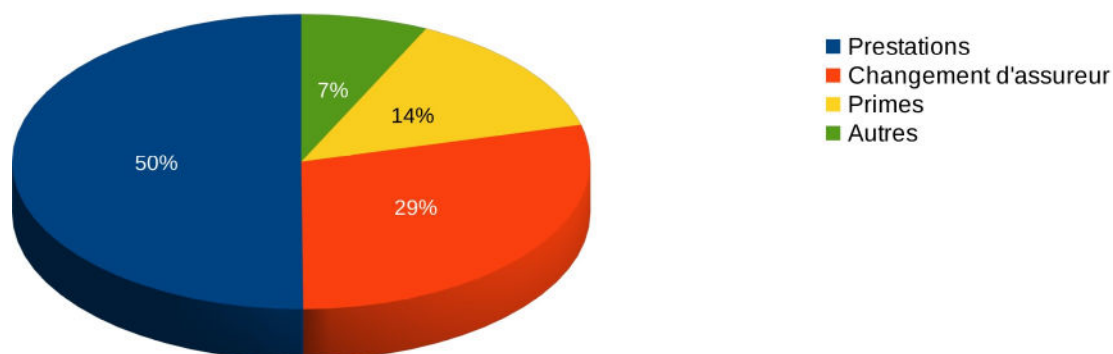
3 Chiffres

Evolution des cas 2006–2019

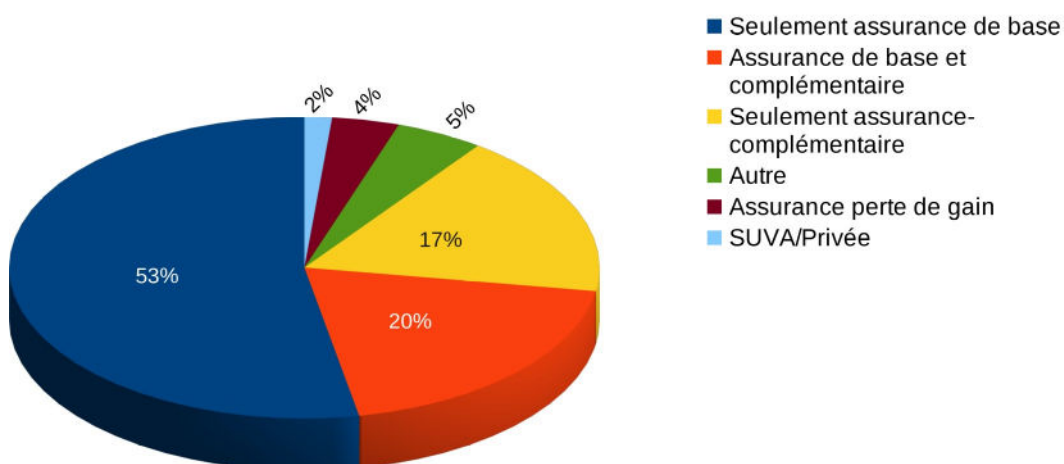


3.1 Entrées par matière

Au cours de l'exercice 2019, 4968 cas ont été soumis à l'Office de médiation (2018: 5422), ce qui représente une baisse de 454 cas par rapport à l'année précédente. La répartition par matière se présente de la manière suivante: 2409 dossiers concernaient les prestations d'assurance (2018: 2770), 1390 la conclusion d'une assurance ou le changement d'assureur (2018: 1671) et 666 les primes/contributions (2018: 659). Les 342 cas restants portaient sur des questions d'ordre général (2018: 322).

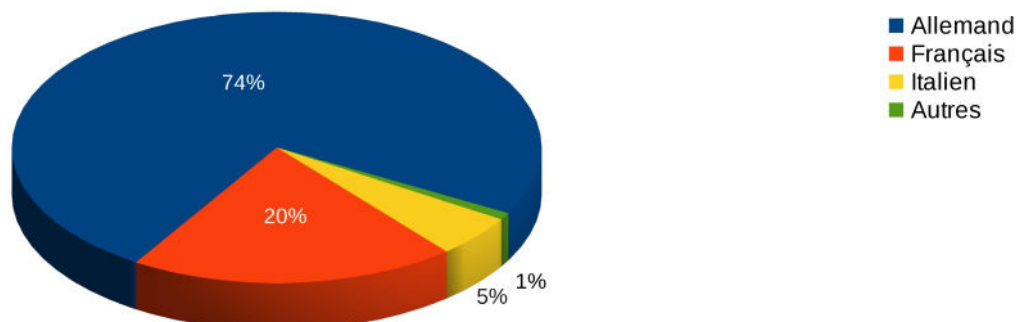


3.2 Entrées par branche d'assurance



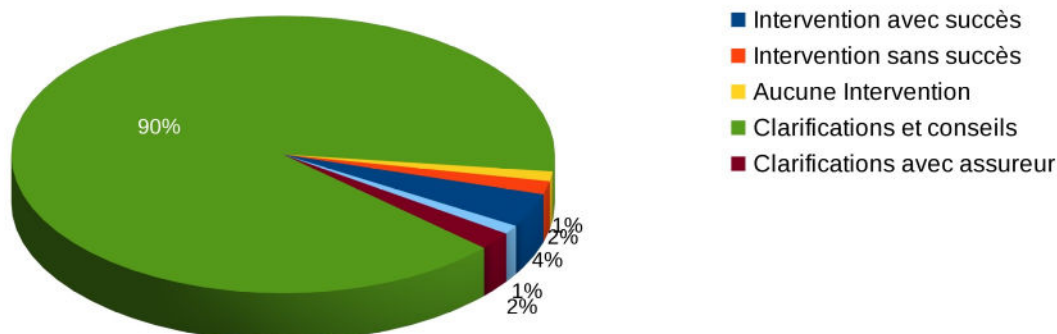
2626 cas concernaient uniquement l'assurance de base (2018: 2696), 870 uniquement les assurances complémentaires (2018: 1170) et 972 concernaient ces deux branches d'assurance (2018: 1021). 183 cas concernaient l'assurance indemnités journalières (2018: 193). Dans 75 cas, nous avons dû adresser les assurés à l'Office de médiation de l'assurance privée et de la SUVA (2018: 72). Les 242 cas restants portèrent sur des questions de nature générale, parfois même sans rapport avec l'assurance-maladie (2018: 270).

3.3 Entrées par langue



3683 requêtes furent adressées à l'Office de médiation en allemand (2018: 4067), 994 en français (2018: 1087), 249 en italien (2018: 235) et 42 dans d'autres langues, surtout en anglais (2018: 33).

3.4 Interventions de l'Office de médiation



Dans 4403 (resp. 88-89 %) 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 (2018: 4717). Dans 270 cas au total (soit > 5%), l'office de médiation est intervenu auprès des assureurs-maladie concernés en formulant une demande (2018: 322), laquelle a été acceptée dans 194 cas (2018: 249), ce qui représente un taux de réussite de presque de 72%. Dans 55 cas (= 1,1%), l'office de médiation n'est pas intervenu (2018: 194), ce qui signifie qu'aucune demande particulière n'a été formulée auprès de l'assureur. Dans 102 cas (= 2%), nous avons simplement requis de la caisse-maladie qu'elle nous fournisse des pièces que nous n'avons pas reçues de la part des assurés en raison de difficultés liées à la langue ou à l'âge (2018: 120). Dans 51 cas (= 1%), 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 (2018: 69).

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 a de nouveau augmenté de façon continue jusqu'en 2017. Depuis 2018, une tendance à la baisse peut être observée. Il y a plusieurs raisons à cela. D'une part, les primes n'ont augmenté que modérément au cours de l'exercice 2019 - contrairement aux années précédentes - ce qui a entraîné moins de changements d'assureur. D'autre part, nous avons constaté que les caisses-maladie examinent de plus près le travail effectué par les courtiers. En général, les assureurs semblent accorder plus d'attention à la qualité du conseil. Les services de réclamation internes, dont disposent certains assureurs, ont également sensiblement réduit notre charge de travail.

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. En outre, l'Office n'intervient auprès d'un assureur maladie que si la personne demandant de l'aide met à sa disposition les documents nécessaires, si elle semble être en mesure de le faire.

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 interviennent en faveur de patients ou d'utilisateurs confrontés à des problèmes avec leur assureur. L'Office de médiation n'intervient en matière 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 incombent 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 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 ou par courriel. 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 Personnes tenues de s'assurer

Toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité professionnelle est tenue de conclure une assurance obligatoire des soins. Si la personne quitte le pays ou cesse l'activité exercée en Suisse, cela ne signifie pas qu'elle n'est plus soumise au régime d'assurance-maladie obligatoire suisse, comme le montrent les cas suivants:

Cas 1

Un assuré a annoncé son départ au contrôle des habitants de son domicile en Suisse et a résilié son assurance-maladie. La résiliation était accompagnée d'une confirmation de départ du contrôle des habitants. Lorsque l'intéressé est revenu en Suisse une année plus tard, la caisse-maladie lui a facturé rétroactivement toutes les primes pour une année. L'assuré voulait qu'on lui indique si cela était légal.

Nos investigations ont révélé que l'assuré avait entrepris un tour du monde. Pendant toute la durée du voyage, il ne s'était pas constitué de nouveau domicile. Conformément à l'art. 3 al. 1 LAMal en relation avec l'art. 1 al. 1 OAMal, la législation en matière d'assurance-maladie renvoie aux art. 23 ss du code civil suisse (CC) pour la détermination du lieu de domicile. Selon l'art. 24 al. 1 CC, toute personne conserve son domicile aussi longtemps qu'elle ne s'en est pas créé un nouveau. La demande de la caisse-maladie était juridiquement contraignante, dès lors que l'assuré n'avait pas transféré son domicile à l'étranger.

Cas 2

Un couple de ressortissants grecs avait travaillé en Suisse pendant plusieurs décennies. Lorsque le mari a atteint l'âge de la retraite, ils sont tous deux rentrés dans leur pays d'origine. L'époux percevait alors une rente de la Suisse ainsi qu'une rente minimale de la Grèce. Etant donné que les retraités qui perçoivent une rente de l'Etat de résidence sont soumis à l'assurance obligatoire de l'Etat de résidence (art. 23 du règlement n° 883/2004; cf. Annexe II à l'accord entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, où il est fait référence à la coordination en matière d'assurance-maladie et où, en ce qui concerne le droit applicable, il est renvoyé au règlement n° 883/2004), le mari était soumis à l'obligation d'assurance en Grèce. Son épouse, en tant que membre de la famille sans activité lucrative, devait le suivre dans le régime d'assurance grec.

Il s'est passé sept ans jusqu'à ce que l'épouse atteigne également l'âge légal de la retraite et puisse faire valoir son droit à une rente de la Suisse. A l'inverse de son mari, elle n'avait jamais exercé d'activité lucrative en Grèce, de sorte qu'elle n'avait aucun droit à une rente de la Grèce. Etant donné que la réglementation en matière de coordination des systèmes de sécurité sociale repose sur le principe de l'assujettissement au lieu du travail et dans la mesure où la rente de l'épouse était allouée par la Suisse, elle était soumise à l'assurance obligatoire en Suisse depuis qu'elle avait atteint l'âge de la retraite. Elle l'ignorait et la Caisse suisse de compensation CSC à Genève ne l'en avait pas informée, cette autorité estimant qu'elle n'est pas compétente pour fournir de telles informations. L'Institution commune LAMal qui, en tout état de cause, serait compétente, ne sait généralement pas qui s'est annoncé auprès de la CSC pour l'allocation d'une rente. La CSC n'a pas donné suite à la suggestion de l'Office de médiation d'informer les demandeurs issus de l'UE au moyen d'une notice ou de les adresser à l'Institution commune LAMal.

Cas 3

Il arrive régulièrement que des assurés nous contactent après que leur caisse-maladie les a informés qu'ils ne pouvaient pas être affiliés à l'assurance obligatoire des soins aussi longtemps qu'ils n'avaient pas reçu leur permis de séjour. Dans la mesure où le permis est souvent obtenu après l'expiration du délai d'annonce de trois mois depuis la prise de domicile, les assurés doivent payer un supplément de prime en raison d'une affiliation tardive lorsque le permis est enfin octroyé.

Une ressortissante roumaine a saisi l'Office de médiation de ce problème. Elle affirmait qu'elle séjournait en Suisse en vue de son mariage depuis le début du mois de février 2019. Selon une lettre de l'office d'état civil, l'examen des documents pour la procédure de préparation au mariage était terminé depuis mi-février 2019. Lorsque la citoyenne européenne avait voulu s'inscrire dans la commune, on lui avait indiqué qu'elle n'était pas tenue de s'annoncer pendant les trois mois qui suivent son arrivée. La caisse-maladie, auprès de laquelle elle avait demandé son affiliation, s'était limitée à en accuser réception et à lui communiquer que la demande pourrait seulement être traitée après réception de la confirmation d'inscription dans la commune et d'une copie du permis de séjour. Depuis la fin du mois de février 2019, la femme était hospitalisée en raison de complications liées à une grossesse. La caisse-maladie a répondu à la demande de l'hôpital de prise en charge des coûts que pour ce faire elle avait besoin de la confirmation d'inscription à la commune au moment de l'arrivée en Suisse.

Dans ce contexte, la femme a demandé notre soutien.

Selon nous, on peut partir du principe qu'une personne qui emménage en Suisse en vue du mariage a transféré son domicile en Suisse aussi bien au sens du droit européen (art. 1 let. j du règlement n° 883/2004) qu'au sens de l'art. 23 al. 1 CC. Aussi la femme habitait-elle en Suisse depuis le début du mois de février 2019.

Conformément à l'art. 11 al. 3 let. e du règlement n° 883/2004, la femme qui n'exerce pas d'activité lucrative est soumise à la législation de l'Etat membre de résidence et donc, en l'espèce, au droit suisse des assurances sociales. Selon l'art. 3 al. 1 LAMal, en relation avec l'art. 1 al. 1 OAMal, elle est soumise à l'obligation d'assurance-maladie en Suisse en raison de son domicile suisse. Partant, l'intéressée avait correctement demandé, début février 2019, à la caisse-maladie son affiliation au 1er février 2019, soit dans le délai de trois mois prévus à cet effet (art. 3 al. 1 LAMal).

Nous sommes d'avis qu'il n'est pas admissible de faire dépendre l'affiliation à une caisse-maladie d'une confirmation d'inscription à la commune à la date d'arrivée. En effet, en cas d'inscription à temps – comme ici – l'assurance débute, conformément à l'art. 5 al. 1 LAMal, au moment de la prise de domicile en Suisse, en l'occurrence début février 2019. Les cas particuliers prévus par l'art. 7 OAMal, pour lesquels on prend en compte le moment de l'inscription au contrôle des habitants, concernent des personnes sans domicile en Suisse (comme le cas évident de l'art. 1 al. 2 OAMal; cf. aussi l'art. 5 al. 1, deuxième phrase, LAMal en relation avec l'art. 3 al. 3 LAMal; ATF 125 V 76 consid. 3b p. 80).

Vu ce qui précède, nous avons demandé à la caisse-maladie d'affilier la femme à l'assurance-maladie obligatoire des soins avec effet au 1er février 2019, conformément à sa requête. L'assureur-maladie a partagé notre point de vue et a affilié l'intéressée comme souhaité. Il a précisé par la même occasion que le contexte ne lui était pas connu, en particulier le mariage à venir, la clôture de la procédure de préparation du mariage, etc. C'est pourquoi il n'avait pas pu procéder différemment.

5.2 Changement de caisse-maladie

Des assurés se laissent régulièrement persuader par des courtiers de changer de caisse-maladie pour l'année à venir, alors que les nouvelles primes n'ont pas encore été fixées. Lorsque le montant des primes est connu, l'un ou l'autre des assurés constatera que les primes du nouvel assureur sont plus élevées que celles du précédent. Ils souhaitent alors annuler les contrats d'assurance conclus. Dans le cas suivant, l'assuré a eu de la chance et a pu annuler le changement, du moins en ce qui concerne l'assurance obligatoire des soins.

Cas 4

L'assuré avait demandé déjà en août 2018 son affiliation à l'assurance obligatoire des soins. En même temps, il avait résilié son assurance actuelle pour la fin de l'année 2018 et remis les deux documents au courtier. Lorsque l'assuré a constaté que les primes de la nouvelle caisse-maladie étaient plus élevées que celles de la caisse auprès de laquelle il était assuré jusque-là, il s'est adressé à cette dernière et a demandé l'annulation de la résiliation. Le nouvel assureur n'était toutefois pas d'accord au motif que les conditions pour un changement de caisse en bonne et due forme étaient remplies et qu'une révocation de la résiliation selon l'art. 9 du code des obligations (CO) n'était pas possible dans le régime des assurances sociales, auquel appartient l'assurance obligatoire des soins selon la LA-Mal. Nous y avons opposé les arguments suivants:

Le changement de caisse intervient valablement lorsque l'ensemble des conditions suivantes sont remplies:

- l'avis de résiliation est parvenu à l'assureur dans le délai prévu;
- le nouvel assureur a reçu la demande d'affiliation du futur assuré;
- le nouvel assureur a communiqué au précédent qu'il assure désormais l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance (attestation de nouvelle assurance conformément à l'art. 7 al. 5 LAMal);
- le demandeur d'assurance a réglé en temps utile, avant le passage dans la nouvelle caisse, les éventuels arriérés ayant fait l'objet d'un rappel jusqu'au mois précédent l'expiration du délai de résiliation.

Nos recherches ont mis en évidence que l'avis de résiliation signé par l'assuré au début du mois d'août 2018, transmis au courtier, n'était pas daté. La révocation de la résiliation selon l'art. 9 CO était intervenue en début du mois de novembre 2018. Le courtier avait daté l'avis de résiliation de sa propre main et l'avait envoyé à l'assureur-maladie actuel au milieu du mois de novembre 2018. Par conséquent, ce dernier avait d'abord eu connaissance de la révocation de la résiliation et ensuite seulement de l'avis de résiliation. Partant, la résiliation n'avait pas eu lieu et, puisque cette condition faisait défaut, le changement de caisse ne pouvait pas valablement intervenir. Nous en avons informé le nouvel assureur.

En ce qui concernait l'application de l'art. 9 CO au régime des assurances sociales, nous avons fait remarquer que la révocation d'une déclaration était aussi applicable en droit des assurances sociales. En effet, dans le domaine de l'assurance-accidents, laquelle est aussi une assurance sociale – comme l'assurance-maladie –, le Tribunal fédéral a appliqué par analogie l'art. 9 CO (cf. ATF 140 V 82). Cette disposition est ainsi applicable à toutes les déclarations d'intention soumises à réception, indépendamment du fait que la déclara-

tion ait été formulée dans le domaine du droit privé ou, comme en l'espèce, du droit public.

L'assureur-maladie a suivi notre argumentation et a annulé rétroactivement l'assurance obligatoire des soins conclue auprès de lui.

5.3 Prestation obligatoire en cas de lésion dentaire

En cas d'accidents dentaires, le devoir de l'assureur d'allouer des prestations est souvent controversé.

Cas 5

Un assuré, représenté par un service d'aide sociale, nous a fait savoir qu'il avait sauté par une fenêtre et s'était notamment cassé une dent. Sa caisse-maladie ne reconnaissait pas le caractère accidentel de l'événement, au motif que la condition de « l'atteinte dommageable non intentionnelle » n'était pas remplie. Pour cette raison, elle refusait la prise en charge des frais de traitement.

Selon l'art. 4 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), l'accident est défini comme suit:

" Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. "

Lorsqu'une des conditions précitées n'est pas remplie, il n'y a pas d'accident au sens de la loi, pour lequel l'assureur-maladie est tenu de prendre en charge les coûts selon l'art. 31 al. 2 LAMal.

Selon les pièces qui nous ont été transmises, l'assuré s'était élancé du troisième étage et atterri sur une place de jeux. Nous avons demandé à la caisse-maladie de contrôler l'état mental de l'assuré au moment du saut, avant de refuser la prise en charge des frais de traitement en raison de la condition manquante de l'art. 4 LPGA.

Par la suite, la caisse-maladie nous a informés que, selon ses éclaircissements, l'assuré avait consulté le service d'urgence d'une clinique psychiatrique la nuit après l'accident. Lors d'une conversation avec le médecin de garde, il avait exposé à celui-ci qu'il s'était disputé avec sa copine, laquelle l'avait poussé dans la cage d'escaliers. Il était ainsi tombé dans les escaliers. Dès lors que cette déclaration était intervenue avant l'allégation selon laquelle il était tombé du troisième étage sur la place de jeux, l'assureur était disposé à la prendre en considération, en référence au fait qu'il s'agissait de « déclarations de la première heure », auxquelles la préférence doit être accordée dans l'appréciation des preuves par rapport aux explications nouvelles qui pourraient, consciemment ou non, être influencées par des considérations ultérieures liées au droit des assurances ou d'une autre nature.

En conclusion, la caisse-maladie a accepté de prendre en charge les frais de traitement dentaire conformément à l'art. 31 al. 2 LAMal.

5.4 Assurance d'indemnités journalières selon la LAMal

Dans le domaine de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, seule la perte de gain pour cause de maladie est assurée et non la maladie en soi. L'assuré doit

donc prouver que s'il était en bonne santé, il aurait droit à un salaire ou à des indemnités pour perte de gain en cas de chômage. Le droit au salaire peut également résulter du fait que l'assuré a conclu un contrat de travail mais qu'il n'a pas du tout pu entrer en fonction en raison d'une maladie.

Dans le cas suivant, une assurée était toujours au service de son employeur mais n'avait pas pu reprendre son poste en raison d'une nouvelle maladie.

Cas 6

Après que l'Office de médiation eut réglé avec succès un premier cas relatif à l'assurance d'indemnités journalières, l'assurée nous a contactés une nouvelle fois en raison d'un autre problème de santé. Elle nous a indiqué que l'assureur d'indemnités journalières refusait de prendre en charge le nouveau cas de maladie au motif que – malgré le maintien du rapport de travail, mais en raison de l'absence de versement d'un salaire – la perte de gain n'était prouvée. C'est pourquoi celui-ci devait refuser le versement d'autres indemnités journalières. L'assurée nous a demandé si cela était correct d'un point de vue juridique.

Nous ne pouvions pas suivre la motivation de l'assureur d'indemnités journalières pour justifier le refus. En fait, si l'assurée n'avait pas reçu de salaire pendant la période en question, c'est uniquement parce que l'obligation de l'employeur de verser le salaire avait pris fin avant la fin de la relation de travail en raison du premier cas de maladie. Si l'assurée s'était rétablie, elle aurait pu reprendre son travail et ainsi percevoir un salaire. C'est pourquoi il fallait selon nous admettre d'emblée une perte de gain due à la maladie. Nous en avons informé l'assureur d'indemnités journalières.

L'assureur d'indemnités journalières a suivi notre argumentation et a accordé à l'assurée des indemnités journalières pour le nouveau cas de maladie pendant une période de trois mois moins le délai d'attente de 30 jours et sous déduction de la rente AI qui lui avait été allouée entre-temps.

5.5 Réduction individuelle des primes

Notre Office de médiation fournit régulièrement des informations aux professionnels (comme p. ex. les avocats, curateurs, etc.), lorsqu'ils nous contactent pour un problème qui ne relève pas de leur domaine de compétences. Le règlement de la fondation nous le permet. En revanche, nous ne sommes pas autorisés à intervenir en leur nom auprès de la caisse-maladie.

Cas 7

Un curateur professionnel nous a demandé s'il était admissible de compenser un excédent, résultant des réductions individuelles de primes dont a bénéficié un assuré pour des primes déjà payées à l'avance, avec un acte de défaut de biens. Notre réponse a été la suivante :

Conformément à l'art. 65 al. 3, deuxième phrase, LAMal, après avoir déterminé le cercle des ayants droit, les cantons doivent également veiller à ce que les montants versés au titre de la réduction des primes le soient de manière à ce que les ayants droit n'aient pas à satisfaire à l'avance à leur obligation de payer les primes.

Cependant, pour diverses raisons, il arrive encore souvent que les bénéficiaires doivent attendre une longue période pour recevoir les prestations auxquelles ils ont droit. Ceux qui ne désirent pas faire l'objet de nouvelles dettes sous la forme de frais de rappels et de

poursuites, que personne ne remboursera plus tard, font en sorte de payer les primes. Aussi se forcent-ils à faire des économies de manière à générer un excédent.

Il y a également un excédent lorsque que la prime est inférieure à la réduction des primes allouée et que le canton concerné ne prévoit pas de réglementation en vertu de laquelle l'excédent devrait lui être remboursé.

Ce qu'il advient de l'excédent en question est réglé par l'art. 106c al. 5 let. a OAMal. D'après cette disposition, l'assureur verse à la personne assurée la différence dans un délai de 60 jours, si ses créances de primes restantes pour l'année civile en cours et ses autres créances échues ressortissant à l'assurance obligatoire des soins, pour lesquelles il n'existe pas d'acte de défaut de biens, sont inférieures à la réduction des primes octroyée par le canton.

Il s'ensuit que le législateur a expressément prévu que l'excédent ne peut pas être compensé avec un acte de défaut de biens.

Le curateur s'est adressé à l'assureur-maladie avec cette argumentation et a obtenu gain de cause.

6 Pratique des assurances complémentaires selon la LCA

6.1 Procédure de recouvrement selon les art. 20 et 21 LCA

Dans le domaine de l'assurance complémentaire selon la LCA, nous avons constaté que les assureurs, après avoir formellement sommé la personne assurée d'effectuer le paiement des primes en souffrance selon l'art. 20 LCA, engagent des poursuites pour récupérer leur créance alors que, l'assureur-maladie est déjà présumé s'être départi du contrat (art. 21 al. 1 LCA; ce qu'on appelle fiction légale). Simultanément, ils continuent de percevoir les primes courantes, bien que les contrats d'assurance ont cessé d'exister depuis longtemps. Ce procédé n'est pas conforme au droit.

Cas 8

En 2018, l'assuré avait payé à sa caisse-maladie toutes les primes de l'assurance obligatoire et complémentaire à l'exception de la prime du mois de juillet. Le 18 août 2018, après un rappel infructueux, la caisse lui a adressé une sommation de paiement pour la prime LCA de juillet 2018 avec un délai de paiement au 17 septembre 2018 et l'a averti des conséquences de la demeure. Pour la part de la prime de juillet 2018 relative à la LA-Mal, la caisse-maladie a mis l'assuré en poursuite en décembre 2018. En revanche, elle ne semblait pas avoir engagé des poursuites ou ouvert action pour la partie LCA de la prime.

Le 8 février 2019, l'assuré s'est procuré des lunettes optiques à l'étranger. La caisse-maladie a d'abord versé à l'assuré une contribution de CHF 250, mais elle a ensuite réclamé le remboursement de ce montant. Elle a justifié sa demande de remboursement en invoquant une lacune dans la couverture d'assurance au moment de l'achat des lunettes. Après avoir payé la prime de l'assurance de base à l'office des poursuites en mars 2019, l'assuré a demandé à la caisse-maladie de supprimer l'inscription dans le registre des poursuites. La caisse-maladie l'a alors informé par écrit que cela n'était possible que s'il payait la prime en souffrance pour l'assurance complémentaire de juillet 2018. L'assuré a ensuite payé le montant réclamé, en s'adressant toutefois à l'Office de médiation afin de savoir si le procédé de la caisse-maladie était correct.

Conformément à l'art. 21 al. 1 LCA, la loi présume que l'assureur s'est départi du contrat et a renoncé au paiement de la prime arriérée s'il n'a pas réclamé le paiement de la prime en souffrance dans les deux mois après l'expiration du délai de sommation (à travers une procédure de poursuite).

Dans le cas d'espèce, les documents donnaient à penser que la caisse-maladie n'avait pas réclamé la prime LCA arriérée de juillet 2018 de manière conforme à la loi dans le délai susmentionné. C'est pourquoi nous sommes partis du principe que le contrat d'assurance portant sur les assurances complémentaires avait cessé d'exister à l'expiration du délai de deux mois prévu par l'art. 21 al. 1 LCA. Toutefois, comme l'assuré avait continué de payer les primes LCA et que la caisse-maladie les acceptait de son côté, nous avons fait valoir auprès de l'assureur qu'il fallait considérer qu'après l'expiration du premier contrat, un nouveau contrat d'assurance avait été conclu sur la base des conditions valant jusque-là. Comme ce nouveau contrat n'était pas affecté par une suspension de prestations, l'assureur était tenu de prendre en charge les coûts du support optique et n'aurait pas dû réclamer à l'assuré le remboursement du montant de CHF 250. En outre, la caisse-maladie n'aurait normalement plus pu réclamer à l'assuré la prime de juillet 2018 et aurait donc dû la rembourser.

L'assureur-maladie a suivi notre argumentation sans autre commentaire. Il a renoncé au remboursement des CHF 250 et a restitué la prime de juillet à l'assuré.

6.2 Conséquences de la procédure de sommation dans le domaine de l'indemnité journalière

Dans le cas 8 du rapport annuel de l'année précédente, nous avons mis en évidence les problèmes qui peuvent se poser aux assurés lorsqu'au stade de la procédure de sommation, l'assureur ne les informe pas de manière explicite, claire et complète, des conséquences auxquelles ils s'exposent en cas de non-paiement des primes. Au cours de l'année 2019, ce problème et ses conséquences sont apparus de façon manifeste dans une affaire concernant l'assurance d'indemnités journalières.

Cas 9

L'assuré avait repris une pépinière qui n'était plus rentable et s'est trouvé en difficulté financière. Comme il n'avait pas payé la prime annuelle, l'assureur d'indemnités journalières lui a envoyé une sommation au début du mois de mars 2017, laquelle contenait l'annotation suivante:

«LCA 20 et 21: Si la prime n'est pas payée à l'expiration ou pendant le délai de grâce accordé dans le contrat, le débiteur doit être invité par écrit, à ses frais et sous la menace des conséquences du défaut, à effectuer le paiement dans les 14 jours suivant la date d'envoi de la demande de paiement. Si la sommation est infructueuse, alors l'obligation de prester de l'assureur est suspendue dès l'expiration du délai de rappel. Si la prime échue n'est pas réclamée en bonne et due forme dans les deux mois suivant l'expiration du délai prévu à l'art. 20 de la présente loi, l'assureur est réputé se départir du contrat en renonçant au paiement de la prime échue.»

Par la suite, l'assuré a effectué un paiement échelonné de la prime annuelle de plus de CHF 4'000. Au 1er octobre 2017, il avait payé la totalité de la prime, y compris les frais. Cependant, dans l'intervalle, il a été victime d'un burn-out et a subi une incapacité de travail à partir du 1er août 2017.

En réponse à sa prétention en versement des indemnités journalières, l'assureur d'indemnités journalières a fait savoir à l'assuré qu'il y avait eu une interruption de la couverture d'assurance depuis le début du mois d'avril 2017 jusqu'au paiement intégral de la prime annuelle le 1er octobre 2017. Dès lors que la maladie avait débuté pendant cette période, il ne pouvait lui accorder aucune prestation même au-delà du 1er octobre 2017. L'assuré voulait qu'on lui indique si la décision de l'assureur était correcte.

Tout d'abord, nous tenons à souligner que de nombreux assurés ne savent pas qu'un accord de paiement échelonné est sans effet sur la suspension de la couverture d'assurance. Cela s'applique du reste à toutes les assurances complémentaires de la LCA et non seulement à l'assurance d'indemnités journalières.

La suspension de l'obligation de verser des prestations en cas de non-paiement de la prime dans le délai de grâce fixé dans la sommation signifie en effet qu'il n'existe aucune couverture d'assurance durant la période allant jusqu'au paiement ultérieur éventuel de la prime, comme dans le cas d'espèce. En d'autres termes, aucune prestation ne sera versée pour une incapacité de travail causée par une maladie survenue pendant la période concernée, même après le paiement de la prime. À cet égard, l'avis de l'assureur d'indemnités journalières était conforme à la réglementation légale.

La question se pose seulement de savoir avec quelle précision le rappel, respectivement la sommation de payer doit informer la personne assurée des conséquences du défaut de paiement de la prime dans les délais, en particulier le point de savoir si l'assureur aurait dû énoncer de manière plus détaillée l'information selon laquelle « l'obligation de prester de l'assureur est alors suspendue à l'expiration du délai de rappel » (sommation de début mars 2017, conformément à l'art. 20 al. 3 LCA).

Nous sommes d'avis que l'assuré doit être bien informé à ce sujet. Une sommation qui ne clarifie pas ce point ne satisfait pas les prescriptions du Tribunal fédéral, selon lesquelles la menace des conséquences d'un défaut de paiement doit être faite « de manière explicite, claire et complète » afin que le débiteur en ait pleinement conscience (ATF 138 III 2 consid. 4.2 p. 7). Le fait que des précisions sur la suspension de la couverture se trouvent dans les conditions générales d'assurance ne suffit pas non plus à notre avis (voir ATF 138 III 2 consid. 4.2 p. 7, selon lequel une référence aux conditions d'assurance ne suffit pas).

Nous en avons informé l'assureur d'indemnités journalières et avons fait valoir dans le cas concret que, selon nous, aucune suspension juridiquement valable des prestations au sens de l'art. 20 al. 3 LCA ne pouvait intervenir parce que la sommation prévue à l'art. 20 al. 1 LCA, ne remplissait pas les conditions requises (cf. arrêt du Tribunal fédéral 4A_134/2015 du 14 septembre 2015 consid. 3.2.2 in fine). Dans ce contexte, nous lui avons demandé de bien vouloir réexaminer son obligation de verser des indemnités journalières pour l'incapacité de travail signalée à partir du 1er août 2017.

L'assureur d'indemnités journalières n'était pas d'accord et nous l'a fait savoir : « Sans modification de la loi ou de la jurisprudence du Tribunal fédéral, nous ne changeons pas notre pratique en matière de rappel. »

La médiation a donc échoué et la problématique que nous avons mise en évidence demeure pour le moment sans réponse.

6.3 Demande de modification du contrat par la personne assurée

Lorsque les assurés souhaitent des modifications du contrat dans le domaine de l'assurance complémentaire, ils risquent de perdre non seulement l'assurance complémentaire nouvellement conclue selon la LCA en raison d'une violation du devoir de renseigner (réticence) mais aussi leur assurance précédente. C'est pourquoi l'Office de médiation recommande aux assurés, dans le cas d'une demande de modification, de convenir avec leur assureur-maladie qu'en cas de réticence éventuelle, le contrat précédent doit automatiquement être rétabli. Si l'assureur ne répond pas favorablement, il est préférable de s'abstenir de modifier le contrat d'assurance.

Cas 10

Une assurée âgée de 17 ans bénéficiait depuis sa naissance d'une assurance complémentaire d'hospitalisation en division semi-privée. En novembre 2017, son père a présenté une demande d'assurance d'hospitalisation en division privée, laquelle est entrée en vigueur le 1er janvier 2018. Quelques mois plus tard, l'assureur-maladie a informé l'assurée que l'assurance allait être résiliée pour cause de réticence. L'assurée n'avait dès lors plus aucune assurance complémentaire d'hospitalisation.

Les parents de l'assurée se sont adressés à l'assureur-maladie et lui ont expliqué pourquoi on ne pouvait déduire aucune violation du devoir de renseigner dans le cas précis. L'assureur-maladie a toutefois maintenu sa décision. Les parents n'étaient pas d'accord et ont sollicité notre aide.

L'existence ou non d'une obligation de renseigner ne pouvait pas être établie de manière incontestable. Cela ne jouait pas non plus de rôle dans la présente cause, puisque dans le cas de la demande d'augmentation de la couverture d'assurance d'hospitalisation en division semi-privée à privée, il était question d'une modification du contrat et non de la conclusion d'un nouveau contrat. En effet, d'une part, la demande d'assurance était nommée "modification de contrat" et, d'autre part, l'assurance d'hospitalisation en division semi-privée n'avait jamais été résiliée. La déclaration de santé ne concernait donc que la partie correspondant à l'augmentation de la couverture, mais l'assurance d'hospitalisation en division semi-privée n'était pas touchée par celle-ci. Comme l'a écrit l'assureur-maladie, s'il avait connu les circonstances qui ont conduit au reproche de réticence, il aurait rejeté la demande d'assurance d'hospitalisation en division privée. Par conséquent, l'assurée aurait toujours été couverte par l'assurance d'hospitalisation en division semi-privée. De notre avis, la violation de du devoir de renseigner n'était donc applicable qu'à la partie modifiée du contrat.

L'assureur-maladie a renvoyé une nouvelle fois à l'état de fait à l'origine de la réticence. En outre, il faisait valoir que la demande d'assurance de novembre 2017 avait été présentée en vue de conclure un nouveau contrat d'assurance au 1er janvier 2018, lequel avait remplacé le contrat précédent.

Nous ne voulions plus aborder la question de l'existence d'une violation du devoir de renseigner, mais plutôt orienter la médiation vers le refus de maintenir l'assurance complémentaire d'hospitalisation en division semi-privée. Pour cette raison, nous nous sommes référés à la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle il faut se fonder sur la volonté concordante des parties pour différencier une modification d'un renouvellement du contrat (TF 5C.252/2006 du 1er mai 2007, ATF 132 III 264).

Nous avons argumenté comme suit : Dans la demande d'assurance, la rubrique « modification d'assurance » avait été cochée, bien qu'un champ « nouvelle affiliation » figurât également dans les choix disponibles. L'assurée, respectivement ses représentants légaux, pouvaient donc de bonne foi partir du principe que la demande constituait une modification d'assurance et non un nouveau contrat. En outre, le principe « in dubio contra stipulatorem » (le doute va à l'encontre de l'auteur du contrat) s'appliquait également dans le cas d'espèce. Par ailleurs, les parents n'avaient pas résilié le contrat d'assurance complémentaire d'hospitalisation en division semi-privée ni donné leur accord à sa suppression. Dans les circonstances données, nous étions d'avis que la déclaration de santé et la résiliation ultérieure pour violation du devoir de renseigner n'était applicable qu'à la question de l'augmentation de la couverture, de sorte que l'assurance complémentaire d'hospitalisation en division semi-privée de l'assurée devait être maintenue.

L'assureur maladie ne partageait pas notre point de vue et a fait remarquer que les mutations d'assurances de personnes étaient considérées comme des renouvellements de contrat tant sur le plan des intérêts assurés que des risques assurés lorsqu'une nouvelle déclaration de santé est remplie (Stephan Fuhrer, Schweizerisches Privatversicherungsrecht 2011, n. 13.6). De son avis, la jurisprudence et la doctrine permettaient de conclure qu'en règle générale, il y a un nouveau contrat lorsque la responsabilité augmente et qu'une nouvelle déclaration de santé est remplie. On pouvait admettre une modification du contrat que si le risque ou la somme assurée étaient limités.

En l'espèce, la responsabilité de l'assureur était étendue d'un point de vue qualitatif par la souscription d'une assurance d'hospitalisation en division privée au lieu et place de la division semi-privée. Une prestation plus importante était donc assurée. Pour cette raison, il avait requis, en tant qu'assureur, une nouvelle déclaration de santé. Les conditions pour la conclusion d'un nouveau contrat étaient donc remplies et, par conséquent, l'ancien contrat avait pris fin. La résiliation du nouveau contrat d'assurance pour cause de réticence n'avait pas automatiquement rétabli le contrat précédent.

En ce qui concerne le document « Proposition d'assurance » utilisé pour la souscription ou la modification d'une assurance complémentaire, l'assureur a précisé que la rubrique à laquelle nous nous référons au début du document était destinée à un usage interne uniquement. Ni la mention « nouvelle affiliation » ni celle « précédemment assuré auprès de la caisse-maladie » n'étaient prises en considération, puisque l'assurée était déjà affiliée auprès d'elle sans interruption. L'assureur-maladie a donc maintenu son refus de poursuivre l'assurance complémentaire d'hospitalisation en division semi-privée.

Il ne restait au père de l'assurée plus qu'à agir par la voie judiciaire. Nous avons demandé dès lors à l'assureur une solution de compromis. Après quelque temps de réflexion, l'assureur s'y est montré favorable et les parties sont convenues pour solde de tout compte de maintenir la résiliation de l'assurance complémentaire d'hospitalisation en division privée pour cause de réticence mais de réintégrer l'assurée dans l'assurance complémentaire d'hospitalisation en division semi-privée à compter du 1er mai 2019 et de n'appliquer aucune réserve de santé aux prestations futures (même en ce qui concernait la maladie ayant entraîné la violation du devoir de renseigner). En contrepartie, l'assurée renonçait à toute prétention pour la période du 1er janvier 2018 au 30 avril 2019.

Avec cette solution de compromis toutes les parties concernées sont bénéficiaires, dans la mesure où un risque de procès existait pour les deux parties.

7 Pratique en présence de situations transfrontalières

Dans les affaires transfrontalières, la question se pose chaque fois de savoir à quel régime de sécurité sociale une personne est soumise. Les cas suivants en sont une bonne illustration:

Cas 11

L'assurée est une ressortissante suisse domiciliée dans le canton de Saint-Gall. Elle est assurée obligatoirement pour les soins médicaux auprès d'une assurance-maladie suisse conformément à la LAMal et travaille dans la Principauté du Liechtenstein. Lorsqu'elle a reçu des prestations de soins médicaux ambulatoires sur son lieu de travail, la caisse-maladie a refusé de prendre en charge les frais au motif qu'elle était soumise à l'accord de l'UE sur la libre circulation des personnes en raison de son activité lucrative. Pour cette raison, elle avait besoin d'une assurance conforme aux accords bilatéraux, que la compagnie d'assurance maladie ne pouvait pas lui fournir. L'intéressée devait alors trouver un assureur qui lui fournirait une assurance de base selon les accords bilatéraux. L'assurée voulait savoir si la prise de position de la caisse-maladie était correcte.

Comme nous ne partageons pas l'avis de la caisse-maladie, nous sommes intervenus avec les arguments suivants :

La Suisse, comme la Principauté du Liechtenstein, est un Etat membre de l'AELE. En vertu du protocole 2 à l'appendice 2 de la Convention AELE du 4 janvier 1960, en vigueur depuis le 1er juin 2002 et dans sa teneur au 9 novembre 2017, on applique aux relations entre la Suisse et le Liechtenstein ce qui suit :

Selon le chapitre 1, point 1.1, les personnes résidant dans l'un des deux Etats sont soumises aux dispositions concernant l'assurance-maladie obligatoire de leur Etat de résidence lorsqu'elles exercent une activité lucrative et qu'elles sont soumises dans l'un des deux Etats à la législation concernant les autres branches d'assurance sociale. Selon le point 1.4, les travailleurs frontaliers ont droit aux prestations en nature dans l'Etat dans lequel ils exercent leur activité comme s'ils étaient assurés dans cet Etat.

Dans le cas concret, l'assurée était une travailleuse frontalière se rendant dans la Principauté du Liechtenstein. Conformément à la Convention AELE, c'est le principe du lieu de résidence qui valait entre la Suisse et la Principauté du Liechtenstein. Partant, l'assurée était soumise à l'obligation d'assurance en Suisse mais avait droit de recevoir des prestations dans la Principauté du Liechtenstein comme si elle y était assurée.

Sur la base de cette argumentation, nous avons prié l'assureur-maladie de poursuivre l'assurance obligatoire des soins de l'assurée et de lui accorder les prestations correspondantes. L'assureur a rallié notre point de vue et a déclaré l'assurée entièrement couverte auprès de lui.

Cas 12

Une travailleuse frontalière mariée et enceinte, domiciliée en Italie, s'est plainte de ce que sa caisse d'assurance-maladie suisse ne voulait pas inclure son enfant à naître dans le régime d'assurance obligatoire des soins. La raison invoquée par la caisse-maladie était que le père de l'enfant à naître, également un travailleur frontalier, avait exercé son droit d'option et était assuré en Italie. L'enfant devait donc être assuré au sein du système d'assurance du père. Son mari et elle n'étaient pas d'accord avec cela.

Les recherches ont montré que la mère était assurée en Suisse sur la base du principe du lieu de travail. Le père de l'enfant à naître avait certes exercé son droit d'option et était assuré en Italie, mais cela n'était pas pertinent en l'espèce.

En effet, seul le fait que l'un des parents travaille en Italie est déterminant. Dans un tel cas, l'enfant devra s'affilier à l'assurance du parent qui travaille en Italie parce que la famille y a son domicile.

Dès lors, dans la mesure où les deux conjoints travaillent en Suisse et que la mère n'entend pas renoncer à son emploi après la naissance, les parents sont libres de choisir où ils veulent faire assurer leur enfant. Nous en avons informé l'assureur.

L'assureur-maladie a suivi notre argumentation et s'est déclarée prête à inclure l'enfant dans l'assurance obligatoire des soins.

Lucerne, le 9 avril 2020

Morena Hostettler Socha, médiatrice

FONDATION OFFICE DE MÉDIATION DE L'ASSURANCE-MALADIE

Conseil de fondation (état au 31.12.2019):

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 [jusqu'au 12.10.2019]
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 31.12.2019):

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
MAETZLER Caroline	MLaw, juriste
MÜLLER INEICHEN	Lic. en droit, avocate
SCHMID Jasmin	MLaw, juriste [jusqu'au 31.05.2019]
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